



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade na Promoção de Competências Sociais e Emocionais

INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS EM CONTEXTO ESCOLAR E INSTITUCIONAL E SENIORES
EM CONTEXTO INSTITUCIONAL

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha, professora auxiliar da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Vogais:

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora auxiliar com agregação
da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela Santos.

Diana Isabel Miranda Pereira

2017

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original"

Albert Einstei

AGRADECIMENTOS

No final deste percurso, quero deixar o meu muito obrigada a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial...

... a todos os príncipes e princesas que de uma forma inexplicável deixaram no meu coração marcas impressas e impagáveis de ternura e saudade. Obrigada por tornarem cada dia único e especial e por justificarem cada dificuldade e frustração ao longo de todo o processo.

... aos senhores e senhoras do Centro de Dia de Caselas por cada palavra, cada gesto e cada sorriso, demonstrando o verdadeiro valor da humildade e humanidade.

... à minha orientadora académica, Dr.^a Celeste Simões, pelo exemplo de perseverança, dedicação e profissionalismo e pela disponibilidade e aconselhamento ao longo deste processo.

... ao Dr. Santinha e a toda a equipa da Casa da Fonte pelo acolhimento e disponibilidade excecional. Em especial, à Dr.^a Vera Santos Costa pela excelente orientação, motivação e acompanhamento em todo este percurso.

... às Psicólogas da Junta de Freguesia de Belém, Dr.^a Catarina Abreu, Dr.^a Ana Morato e Dr.^a Marta Barreiros pelo apoio, partilhas e transmissão de conhecimentos. À Psicomotricista, Marília Braga por ser um modelo de perseverança e profissionalismo, estando presente em cada momento com um sorriso no rosto e uma palavra de apoio.

.... à Dr.^a Paula Abreu do Centro de Dia de Caselas pela confiança demonstrada no meu trabalho e a todos os funcionários e voluntários pelo apoio demonstrado.

... aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional e sobretudo por mesmo estando longe, estarem SEMPRE perto.

... ao meu namorado por ser a fonte primária de motivação e o meu pilar nos momentos de maior frustração.

... e por último, mas não menos importante, a todos os meus amigos pela paciência e apoio neste percurso, em especial à Leonor Afonso por ter sempre a palavra certa no momento certo.

RESUMO

O presente relatório tem como principal objetivo a descrição da intervenção psicomotora realizada no âmbito do estágio curricular inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora. A prática desenvolveu-se através da promoção de competências socioemocionais em crianças, dos 6 aos 13 anos, em contexto escolar e institucional, e com a população sénior em contexto institucional, mais especificamente Centro de Dia.

Foi desenvolvido um trabalho através de sessões de grupo e individuais de acordo com as necessidades e características de cada população e respetivo contexto, que teve como principal base um programa de promoção de competências socioemocionais desenvolvido no âmbito do estágio curricular. Procedeu-se à análise das avaliações realizadas, tendo sido perceptível o impacto positivo da intervenção psicomotora em diversos domínios das competências socioemocionais e ainda no desenvolvimento psicomotor, descritos mais detalhadamente ao longo do relatório.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões decorrentes do estágio e as principais reflexões pessoais e sugestões para intervenções futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças em Risco, Resiliência, Institucionalização, Problemas de Comportamento, Psicomotricidade, Competências Sociais e Emocionais, Idosos, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The main objective of this report is to describe the psychomotor intervention practice developed within the curricular internship integrated in the curricular unit of Professional Skills Development, of the Psychomotor Rehabilitation Master. The practice was developed through the promotion of social and emotional skills with children, from 6 to 13 years old, in schools and institutional context, and with the senior population in an institutional context, more specifically Day Care Center.

The work was developed through group and individual sessions according to the needs and characteristics of each population and its context, which was based on a social and emotional skills program developed within the framework of the curricular internship. The analysis of the evaluations concluded that the intervention had a positive impact in several domains of social and emotional skills and even psychomotor domain, described throughout the report.

The report concludes with the presentation of the general internship conclusions and the main personal reflections and suggestions for future interventions.

KEYWORDS: Children at Risk; Resilience; Institutionalization; Behavioral problems; Psychomotricity; Social and Emotional Skills; Elderly; Quality of life.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	IV
ABSTRACT	IV
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	
(A) ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. <i>Risco, proteção e resiliência</i>	2
2. <i>Enquadramento legislativo para crianças em risco em Portugal</i>	5
3. <i>Institucionalização</i>	8
4. <i>Problemas de comportamento</i>	10
5. <i>Competências sociais e emocionais</i>	12
6. <i>Psicomotricidade na promoção de competências socioemocionais</i>	15
7. <i>Envelhecimento</i>	18
8. <i>Promoção da saúde e qualidade de vida</i>	20
9. <i>Gerontopsicomotricidade na promoção de competências socioemocionais</i>	22
(B) ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E LEGAL	25
1. <i>Casa da Fonte</i>	25
2. <i>Junta de Freguesia de Belém</i>	26
2.1. Agrupamento de Escolas do Restelo	26
2.2. Centro de dia São Francisco Xavier	27
CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	
(A) CONTEXTO PSICOMOTRICIDADE NA ESCOLA	29
1. <i>Intervenção em grupo</i>	30
1.1. Caraterização do grupo	30
1.2. Caraterização dos instrumentos	31
1.3. Contextos de intervenção	33
1.4. Condições e procedimentos de avaliação	34
1.5. Planeamento anual da intervenção	35
1.6. Definição de objetivos e estrutura da intervenção	36
1.7. Apresentação de resultados	38
1.8. Discussão de resultados	43

2. Intervenção individual	45
2.1. Apresentação de resultados	45
2.2. Processo de intervenção	46
3. Atividade “Afetos na Escola”	47
(B) PSICOMOTRICIDADE NA CASA DA FONTE	48
1. Intervenção em grupo	48
1.1. Caracterização do grupo	48
1.2. Caracterização dos instrumentos de avaliação	49
1.3. Contextos de intervenção	50
1.4. Condições e procedimentos de avaliação	50
1.5. Planeamento anual da intervenção	51
1.6. Definição de objetivos e estrutura da intervenção	52
1.7. Apresentação de resultados	53
1.8. Discussão de resultados	58
2. Intervenção individual	60
2.1. Caso n.º1 - DI	61
2.1.1. Apresentação de resultados	61
2.1.2. Processo de intervenção	62
2.2. Caso n.º2 - ID	64
2.2.1. Apresentação de resultados	64
2.2.2. Processo de intervenção	64
2.3. Caso n.º3 - DE	66
2.3.1. Apresentação de resultados	66
2.3.2. Processo de intervenção	66
2.4. Caso n.º4 - MA	67
2.4.1. Apresentação de resultados	67
2.4.2. Processo de intervenção	69
(C) PSICOMOTRICIDADE NO CENTRO DE DIA	71
1. Intervenção em grupo	71
1.1. Caracterização do grupo	71
1.2. Caracterização dos instrumentos	72
1.3. Contextos de intervenção	74

1.4. Condições e procedimentos de avaliação	74
1.5. Planeamento anual da intervenção	74
1.6. Definição de objetivos e estrutura da intervenção.....	75
1.7. Apresentação de resultados	77
1.8. Discussão de resultados.....	79
PRINCIPAIS DIFICULDADES E LIMITAÇÕES.....	80
PROJETOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES	81
CAPÍTULO III - SÍNTESE FINAL	
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS	87
REFLEXÃO PESSOAL E PERSPETIVAS FUTURAS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Horário de intervenção	29
Figura 2: Número de crianças por grupo de intervenção.....	30
Figura 3: Média de idades por grupo de intervenção.....	31
Figura 4: Fotografias do ginásio da EB1 de Caselas.....	33
Figura 5: Fotografias da sala do CAF.....	34
Figura 6: Fotografias do ginásio da EB1 Bairro do Restelo.....	34
Figura 7: Média inicial da avaliação dos SDQ dos professores, pais e crianças.....	39
Figura 8: Frequência de participação nas sessões de psicomotricidade.....	49
Figura 9: Espaços de intervenção na Casa da Fonte.....	50
Figura 10: Média inicial das três versões do SDQ.....	53
Figura 11: Variabilidade de elementos por sessão	72
Figura 12: Frequência de sessões por cliente.....	72
Figura 13: Refeitório do Centro de Dia organizado para a sessão.....	74
Figura 14: Resultados da avaliação inicial do EGP sessão.....	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Valores de categorização do SDQ.....	32
Tabela 2: Objetivos da Psicomotricidade na Escola.....	37
Tabela 3: Organização das sessões de psicomotricidade.....	38
Tabela 4: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SDQ obtidos na avaliação inicial e final dos professores.....	39
Tabela 5: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SDQ obtidos na avaliação inicial e final dos encarregados de educação...	40
Tabela 6: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos	

domínios do SDQ obtidos na avaliação inicial e final das crianças.....	41
Tabela 7: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SSRS-k6 obtidos na avaliação inicial e final dos professores.....	42
Tabela 8: Variações na constituição dos grupos de intervenção.....	49
Tabela 9: Planeamento anual da intervenção psicomotora na Casa da Fonte.....	51
Tabela 10: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do SDQ e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelos professores.....	54
Tabela 11: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do SDQ e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelo educador.....	54
Tabela 12: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do SDQ e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelas crianças....	55
Tabela 13: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos fatores internos do HKRAM e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelas crianças.....	56
Tabela 14: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos fatores externos do HKRAM e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelas crianças.....	57
Tabela 15: Planeamento anual da intervenção psicomotora no Centro de Dia.....	75
Tabela 16: Objetivos de intervenção no Centro de Dia.....	76
Tabela 17: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do EGP e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final.....	78

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Plano de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Casa da Fonte".....	100
Anexo B: Plano de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Escola".....	101
Anexo C: Plano de Sessão [Tipo] "Gerontopsicomotricidade".....	102
Anexo D: Relatório de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Casa da Fonte".....	103
Anexo E: Relatório de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Escola".....	105
Anexo F: Relatório de Sessão [Tipo] "Gerontopsicomotricidade".....	106
Anexo G: Relatório [Tipo] "Afetos na Escola".....	108
Anexo H: Relatório de Observação [Tipo] "Psicomotricidade na Escola".....	109
Anexo I: Relatório de Avaliação inicial [Tipo] "Intervenção Individual".....	111
Anexo J: Relatório de Avaliação inicial [Tipo] "Gerontopsicomotricidade".....	116
Anexo K: Relatório Final [Tipo] "Psicomotricidade na Escola".....	119
Anexo L: Relatório Final [Tipo] "Psicomotricidade na Casa da Fonte".....	121
Anexo M: Anamnese [Tipo] "Intervenção individual".....	123

INTRODUÇÃO

O presente relatório desenvolveu-se no âmbito da Atividade de Estágio profissionalizante enquadrada no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP), com vista à conclusão do Mestrado em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana. Este estudo tem como principais objetivos estimular o domínio do conhecimento aprofundado na área da Reabilitação Psicomotora nas vertentes científica e metodológica, através da promoção da competência reflexiva multidisciplinar, do desenvolvimento da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora em diferentes contextos e domínios de intervenção bem como do desenvolvimento de capacidades de inovação, conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas que sustentam o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, com vista ao desenvolvimento do enquadramento profissional e científico na área.

O trabalho desenvolvido no âmbito da promoção de competências socioemocionais foi realizado com crianças em contexto escolar e institucional e, com a população sénior em contexto institucional. Desta forma, os locais de intervenção foram a Junta de Freguesia de Belém, mediante três projetos já existentes: a “Psicomotricidade na Escola” que abrange três escolas primárias do Agrupamento de Escolas do Restelo (EB1 Bairro do Restelo, EB1 Moinhos do Restelo e EB1 de Caselas); o projeto dos “Afetos na Escola” realizado nas escolas mencionadas; e a “Psicomotricidade no Centro de Dia” que teve lugar no Centro de Dia de Caselas, em parceria com delegação de Lisboa da Cruz Vermelha Portuguesa. Foi ainda desenvolvido na Casa da Fonte, que é uma instituição de acolhimento de emergência de crianças e jovens em risco, no concelho de Oeiras.

O presente relatório está organizado em três capítulos principais: o primeiro, enquadramento da prática profissional, compreende o enquadramento teórico, institucional e legal, nos quais apresentam-se, respetivamente, a sustentação teórica, a caracterização institucional e legal dos locais em que se desenvolveu o estágio; o segundo capítulo compreende a apresentação da prática profissional propriamente dita, nos diversos contextos, e inclui a caracterização das populações alvo de intervenção, os instrumentos de avaliação utilizados, as condições e procedimentos de avaliação, a definição dos objetivos de intervenção, os contextos e calendarização da intervenção, a apresentação e discussão dos resultados obtidos antes e após a intervenção, e ainda a referência às principais dificuldades e limitações encontradas ao longo do estágio e a apresentação das atividades complementares que se desenvolveram paralelamente ao

mesmo; e o terceiro capítulo que compreende a apresentação das principais conclusões do trabalho desenvolvido, uma reflexão pessoal sobre os contributos do mesmo, algumas perspetivas de futuro e recomendações neste âmbito de intervenção. No final encontra-se toda a bibliografia consultada para a realização deste trabalho. Além disso, encontram-se ainda em anexo todos os documentos redigidos, nomeadamente os planos e relatórios das sessões, os planeamentos de grupo e individuais, os projetos pedagógico-terapêuticos, os relatórios de avaliação assim como todos os materiais considerados pertinentes para a compreensão deste relatório.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

(A) ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Risco, proteção e resiliência

A contemporaneidade torna o mundo complexo e repleto de problemas, que representam diversos riscos para a população na sua vida diária. Estas dificuldades surgem como obstáculos na obtenção dos objetivos pessoais ou frustrações nas expetativas criadas nos diversos domínios (Quiles & Espada, 2014). Desta forma, o risco implica uma determinada situação que envolva uma alta probabilidade de obtenção de resultados indesejáveis (Panter-Brick, 2014).

No entanto, esta interação constante entre o indivíduo e as diversas dimensões do meio social, desde a família até à cultura (Portes, Vieira, Crepaldi, More, & Lima da Motta, 2013) pode também agir como coadjuvante no desenvolvimento saudável das crianças (Cid, Garcia, & Silva, 2014).

A mudança paradigmática nas últimas duas décadas levou a um progressivo abandono do foco no risco para uma vertente mais positiva, a da resiliência (Rutter, 2012), uma vez que se relaciona com o processo de aproveitamento dos diversos recursos existentes para a manutenção do bem-estar (Panter-Brick, 2014). A investigação nesta temática começou a emergir entre a década de 1970 e 1980 através de diversos estudiosos americanos e ingleses (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011). Este conceito assenta no pressuposto que perante uma adversidade existe uma heterogeneidade de respostas por parte de cada indivíduo (Rutter, 2012).

A resiliência é a capacidade de cada indivíduo lidar e adaptar-se às circunstâncias adversas no decorrer da sua vida (Barankin, 2013; Fajardo, Minayo, & Moreira, 2013; Sousa & Guerreiro, 2014; Masten, 2014, Aguilar, Arjona, & Noriega, 2015). Assim,

relaciona-se com a capacidade de recuperar perante dificuldades ou mudanças, reajustando-se e prosseguindo com a sua vida.

A conceção de resiliência reflete a consideração de atitudes positivas resultantes de fatores intrapsíquicos que auxiliam o confronto de adversidades bem como as possíveis alterações no indivíduo de forma a fortalecer-se com cada desafio, contribuindo assim para a saúde, qualidade de vida e bem-estar (Rangel & Sousa, 2014). No entanto, a resiliência assume um carácter relacional e interativo, que parece ser estimulado por fatores sociais advindos de atitudes familiares ou dos grupos de apoio existentes (Rangel & Sousa, 2014).

Neste sentido, a resiliência é um processo dinâmico que dura toda a vida (Aguilar et al., 2015; Bice, 2012; Rutter, 2012), uma vez que a capacidade de adaptação altera-se progressivamente através da interação de diversos sistemas (Masten, 2014). Isto é, implica uma simbiose entre o interior e exterior de cada indivíduo num determinado contexto social e resulta da interação de diversos microssistemas (e.g. família, escola, amigos) e macrossistemas (comunidade, valores e crenças, meios de comunicação, estado socioeconómico e sistema educacional) (Cordovil, Crujo, Vilariça, & Silva, 2011; Sousa & Guerreiro, 2014).

Ao longo do seu desenvolvimento, as crianças e jovens experienciam regularmente diversas alterações e mudanças que normalmente fogem ao seu controlo. No entanto, as resilientes demonstram uma capacidade de controlo das diversas tarefas do desenvolvimento na passagem da infância para a adolescência (Barankin, 2013). Tal acontece à medida que formam vínculos estáveis e fortes com os cuidadores, desenvolvendo autocontrolo, modulação emocional, desenvolvendo relações saudáveis com os pares e dominando as dificuldades no ambiente escolar (Barankin, 2013).

Barankin (2013) identifica um conjunto de fatores individuais que contribuem para a resiliência nas crianças, nomeadamente o temperamento, a capacidade de aprendizagem, a estabilidade emocional e a capacidade de lidar com as frustrações. Aponta, ainda a autoimagem positiva, autoconfiança, autocontrolo, capacidade de planeamento (Oriol-Bosch, 2012), pensamento positivo e otimismo, a capacidade de tomar decisões e resolver conflitos ou problemas. Assim, destacam-se a assertividade, empatia (Aguilar et al., 2015) e humor como competências sociais essenciais para o desenvolvimento da capacidade de resiliência (Barankin, 2013).

Para isso é necessário proporcionar às crianças experiências diversificadas e

estimulantes de acordo com as suas idades bem como todo o apoio necessário nas dificuldades que possam apresentar e incentivar a expressão de sentimentos, o respeito pelos mesmos e a compreensão pelos sentimentos dos outros (Barankin, 2013).

No entanto, a resiliência resulta de uma interação entre os fatores relativos aos indivíduos, às famílias e à comunidade envolvente (Barankin, 2013). Relativamente aos fatores ambientais, podem incluir condições físicas (acesso à habitação, educação, alimentação ou recreação) e condições sociais (sentimento de inclusão independentemente do género, religião, etnia ou orientação sexual). O mesmo autor, reforça a importância da participação das crianças e jovens no meio envolvente pois o respeito e aceitação das diversas diferenças sociais, étnicas e culturais potenciam a autoestima contribuindo para a resiliência.

A resiliência resulta de uma interação constante (García-Vesga, 2013) e equilibrada entre os fatores de risco e de proteção (Aguilar et al., 2015; Cordovil et al., 2011).

Os fatores de proteção relacionam-se com os aspetos ou características que permitem uma moderação ou superação aquando da exposição a uma situação de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005; Jenson & Fraser, 2016). Isto é, indicam determinadas influências que alteram ou melhoram as respostas pessoais mediante situações de risco (Rutter, 1985 cit. in Poletto & Koller, 2008). Estes fatores devem ser analisados como processos, pois os diversos aspetos interagem entre si, alterando a trajetória do indivíduo, produzindo experiências de cuidado, consolidação ou defesa perante o risco (Poletto & Koller, 2008).

Diversos estudos, apontam a gestão familiar adequada e consistente como um fator de proteção que promove comportamentos positivos nas crianças (Jenson & Fraser, 2016). Barankin (2013) acrescenta a existência de comunidades solidárias, o acesso à educação e à saúde. No contexto escolar, a ligação positiva criada entre as crianças e os professores ou outros adultos têm o potencial para diminuir o risco e a probabilidade de desenvolvimento de problemas na escola (Jenson & Fraser, 2016).

Já uma gestão familiar inconsistente (Jenson & Fraser, 2016), ambientes de elevado risco, como a pobreza, situações de abuso ou de consumo de drogas, doenças, (Barankin, 2013), baixa escolaridade dos pais ou a inexistência de apoio social e afetivo, representam fatores de risco que afetam negativamente a resiliência (Poletto & Koller, 2008) e a apresentação de resultados positivos nos principais domínios de vida.

Os fatores de risco estão relacionados com eventos negativos na vida que quando acontecem potenciam a probabilidade do desenvolvimento de problemas físicos, sociais ou emocionais no indivíduo (Cowan, Cowan e Schulz, 1996 cit in Polleto & Koller, 2008). Sapienza e Pedromônico (2005), apontam como exemplos: a prematuridade, baixo peso, desnutrição, situações de desvantagens socioeconómicas ou desemprego, e ainda pertencer a minorias sociais.

A análise das situações de risco deve ter em consideração as especificidades dos contextos envolventes nos quais as crianças participam direta ou indiretamente bem como as relações estabelecidas com os mesmos (Poletto & Koller, 2008). Neste âmbito pode destacar-se o contexto familiar bem como o escolar, sendo este último extremamente importante na socialização uma vez que as crianças passam muito tempo no mesmo (Polleto & Koller, 2008). Mediante o exposto, os diversos contextos (família, instituição ou escola), podem constituir fatores de risco ou proteção, tal depende da qualidade nas relações estabelecidas e da existência de afetividade e reciprocidade, isto é, conexões positivas potenciam os processos de resiliência favoráveis na qualidade de vida e adaptação das pessoas e sociedade (Poletto & Koller, 2008).

2. Enquadramento legislativo para crianças em risco em Portugal

A Convenção sobre os Direitos da Criança (artigo 1.º) bem como a legislação portuguesa (artigo 122.º do Código Civil), estabelecem que o conceito de criança refere-se a qualquer ser humano com idade inferior aos 18 anos (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR], 2016).

O processo de desenvolvimento das crianças pressupõe a aquisição de competências progressivamente mais complexas. Esta aquisição relaciona-se diretamente com diversos aspetos, nomeadamente as condições fornecidas ou o modo como são satisfeitas as necessidades básicas das crianças.

Desta forma, podemos considerar diversos critérios para a classificação destas necessidades, sendo que Abraham Maslow definiu um modelo no qual refere que em cada ser humano humano existe uma hierarquia de cinco categorias de necessidades (Ribeiro & Oliveira, 2016):

1. *Fisiológicas* (necessidades básicas de sobrevivência biológica e incluem fome, sede, sono, sexo e outras necessidades corporais);
2. *Segurança* (pretendem assegurar a estabilidade do indivíduo e incluem a

segurança e proteção contra ameaças ou perigos físicos e emocionais);

3. *Social* (envolve a necessidade de amor, integração e relacionamento humano pelo que incluem a afeição, filiação, aceitação social e amizade);

4. *Estima* (engloba fatores internos como autorrespeito, autonomia, senso de competência, e fatores externos como o status, reconhecimento, prestígio, atenção e consideração);

5. *Autorrealização* (compreende o impulso de ser aquilo que é capaz de ser e de maximizar aptidões e capacidades potenciais).

Aquando do nascimento, as crianças já possuem diversas capacidades sensoriais bem como uma curiosidade e necessidade inata para perceber a realidade (CNPCJR, 2016). No entanto, para promover um desenvolvimento adequado das mesmas é crucial a satisfação das necessidades fundamentais através de uma estimulação adequada e do fornecimento de respostas adequadas às suas capacidades (CNPCJR, 2016). A análise das necessidades básicas permite avaliar as diversas condições mínimas que devem ser cumpridas nos diversos contextos da criança (família, escola, comunidade...) e ainda identificar situações de risco para as mesmas.

O risco pressupõe um determinado perigo na possibilidade de concretização dos direitos das crianças (e.g.: pobreza) (CNPCJR, 2016). Neste sentido, a Convenção sobre os Direitos da Criança indica que a criança tem direito à proteção e aos cuidados essenciais para o seu bem-estar (artigo 3.º), ao acesso à educação com base na igualdade de oportunidades (artigo 28º), ao descanso e a usufruir de tempos livres (artigo 31.º). Reconhece o direito a um nível de vida suficiente, permitindo um desenvolvimento físico, espiritual, mental, moral e social adequado (artigo 27.º). Além disso, o estado assume a responsabilidade para tomar:

todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada (artigo 19.º, p.13).

E, confere proteção e assistência em situações de privação do ambiente familiar ou no

caso de não poder ser deixada no mesmo (artigo 20.º).

Além disto, a legislação portuguesa apresenta a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto e pela Lei n.º 142/2015, de 8 de setembro) e a Lei Tutelar Educativa (Lei n.º 166/1999, de 14 de setembro, alterada pela Lei n.º 4/2015 de 15 de janeiro).

A primeira tem como objetivo promover os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, de maneira a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 1.º). A intervenção ocorre mediante situações que coloquem em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança ou jovem (artigo 3.º). Esta intervenção obedece a diversos princípios orientadores, nomeadamente o interesse superior da criança e do jovem e a sua privacidade, a intervenção precoce, minimizada e proporcional à realidade, a responsabilidade parental e prevalência da família, a obrigatoriedade na partilha de informação e audição e participação dos intervenientes e a subsidiariedade (artigo 4.º).

Define as modalidades de intervenção e caracteriza as comissões de proteção, as suas competências, composição e funcionamento. Estas comissões são acompanhadas, apoiadas e avaliadas pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (artigo 30.º). Apresenta também as medidas de promoção dos direitos e de proteção das crianças e dos jovens em perigo, nomeadamente o apoio junto dos pais ou de outro familiar, a confiança a pessoa idónea, o apoio para a autonomia de vida, o acolhimento familiar e acolhimento em instituição (artigo 35.º).

A Lei Tutelar Educativa dá enquadramento legal à medida tutelar educativa, aplicável a menores entre os 12 e os 16 de idade que tenham praticado um ato qualificado pela lei como crime (artigo 1.º). Estas medidas pretendem a educação do menor para o direito e para a sua inserção, de forma digna e responsável, na vida em comunidade (artigo 2.º) (Lei n.º 166/1999, de 14 de setembro, alterada pela Lei n.º 4/2015, de 15 de janeiro).

Relativamente à CNPCJR, tem a sua regulação no Decreto-Lei n.º 159/2015, de 10 de agosto, estando esta responsável por planificar a intervenção do Estado e ainda a coordenação, acompanhamento e avaliação das ações dos organismos públicos e da comunidade na que respeita à proteção de crianças e jovens em risco.

Em suma, a criança ou jovem, encontra-se numa situação de risco sempre que se encontra abandonada, vive entregue a si mesma, sofre maus-tratos (físicos e/ou

psicológicos), ou é vítima de abusos sexuais, quando não recebe os cuidados ou a afeição adequados, quando é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados para a sua faixa etária, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento. São ainda consideradas situações de risco, o estar sujeita, direta ou indiretamente, a comportamentos que afetam severamente a sua segurança ou equilíbrio emocional e quando adota comportamentos que afetem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha adequadamente para terminar a situação (CNPCJR, 2016).

3. Institucionalização

Os diversos elementos duma família constituem um sistema dinâmico em constante interação, cuja principal função é proporcionar vivências emocionais significativas. No entanto, quando a família deixa de proporcionar segurança nomeadamente através da satisfação dos direitos e necessidades da criança, esta pode ser posta em causa, podendo levar à retirada dos menores do seio familiar. Assim, a institucionalização surge como uma medida de proteção em situações abusivas (Ferreira, 2015; Pimentel, Antão & Ramos, 2015) ou de vulnerabilidade social na prestação de cuidados básicos (Gontijo, Buiati, Santos, Ferreira, & Tuma, 2012).

Relativamente às crianças e jovens em situação de acolhimento, de acordo com os dados do Instituto da Segurança Social (2015), continua a verificar-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (51.9%), em relação ao feminino (48.1%) sobretudo até aos 14 anos, tendência que se inverte a partir dos 15 anos. A maior representatividade centra-se nas seguintes faixas etárias: 15-17 anos (35.1%), 12-14 anos (21.1%) e 18-20 anos (12.5%) A incidência é mais reduzida em escalões etários mais baixos: 4-5 anos (4.3%), 10-11 anos (8%), 0-3 anos (8.7%) e 6-9 anos (10.3%).

Os motivos que levam à institucionalização são variados mas tendem a expressar as inúmeras carências ou problemas do contexto familiar - negligência, situações de abuso ou violência, dependências químicas, contextos de pobreza (Cavalcante, Araújo, Góes, & Magalhães, 2014) e modelos parentais desviantes (Instituto Segurança Social, 2014).

Perante isto, o objetivo primário da institucionalização é o de proteção das crianças e adolescentes. No entanto, este processo pode acarretar implicações que levam ao paradoxo da mesma, ou seja, o propósito é proteger, criar condições de desenvolvimento adequadas e de bem-estar que não foram proporcionadas no contexto familiar, no

entanto o resultado pode promover um acréscimo de danos numa população previamente sensibilizada, fragilizada ou carenciada (Gaspar, 2011). Esta situação pode conferir às crianças uma identidade social que pode potenciar preconceitos e estigmatizações (Rodrigues, Gava, Sarriera, & Dell’Aglío, 2014).

Pimentel, et al. (2015), referem que a própria institucionalização pode ser um fator de influência no desenvolvimento e comportamento na infância. Apesar das vicissitudes no seu contexto, nem sempre as crianças encaram esta medida como positiva, uma vez que, são afastadas das pessoas com as quais mantêm relações significativas (Andrade, Santos, Costa, & Souza, 2014), chegando a encará-la como punição (Moreira, 2014).

Geralmente, o processo de institucionalização representa uma panóplia de dificuldades pois, de um momento para o outro, a criança vê-se num contexto completamente diferente com pessoas estranhas, regras e dinâmicas próprias, no qual nem sempre é fácil sentir-se incluída (Andrade et al., 2014). Assim, a reflexão acerca do mesmo torna-se crucial, de forma a propiciar intervenções ajustadas e adequadas a cada criança, garantindo um desenvolvimento harmonioso (Ferreira, 2015).

A instituição enquanto microssistema influencia a criança (Gaspar, 2011). Pretende-se a criação de locais onde estas sintam proteção mas também usufruam de oportunidades para o seu desenvolvimento pleno, com direito à autonomia e participação social (Luvizaro & Galheigo, 2011) e preparação para uma vida autónoma e independente (Gaspar, 2011). Reconhece-se assim o papel de promoção de apoio social aquando da consideração da totalidade das necessidades das crianças, contemplando a escuta das mesmas e a compreensão da singularidade de cada uma (Luvizaro & Galheigo, 2011).

Um contexto inclusivo que proporcione oportunidades para o bem-estar e otimização de competências das crianças pode estabelecer-se como um fator de proteção para as mesmas (Andrade et al., 2014). Assim, o ambiente institucional bem como os técnicos envolvidos surgem como potenciais elementos na promoção dos fatores de resiliência na população institucionalizada (Cordovil et al., 2011).

As funções, papéis e práticas educativas dos cuidadores são de extrema importância para as crianças institucionalizadas. No estudo de Marzol, Bonafé e Yunes (2012), as crianças apontam os mesmos como elementos cruciais na sua rede de apoio afetivo e social, indicando como importante a capacidade de expressar afetos, respeitar a história de vida da criança, a empatia pela situação de acolhimento e otimismo perante o futuro da mesma. Por outro lado, Strolin-Goltzman, Kollar e Trinkle (2010), apontam possíveis

consequências da elevada rotatividade dos técnicos nas crianças, como a instabilidade emocional, a capacidade de manter relações de confiança e dar segundas oportunidades.

Compreende-se que, apesar das dificuldades que a institucionalização acarreta, a existência de um ambiente afetivo e sensível às necessidades específicas de cada criança, potencia o seu desenvolvimento de uma forma saudável (Marzol, et al., 2012).

Em face do exposto, é importante referir que cada criança experimenta e reage de forma singular a todo este processo, não sendo possível estabelecer um padrão de características dentro deste contexto. Cada criança ou instituição detêm as suas próprias potencialidades no que diz respeito a promoção da proteção e resiliência (Machado, Scott & Siqueira, 2016). Além disto, é necessário demarcar os direitos das crianças institucionalizadas inclusive na escuta da sua compreensão acerca das trajetórias no processo e nas escolhas ou alternativas propostas para as suas próprias dificuldades ou problemas (Moreira, 2014).

4. Problemas de comportamento

O repertório comportamental das crianças é complexo e multidirecionado, sendo necessário considerar o contexto onde cada comportamento acontece (Bolsoni-Silva, Mariano, Loureiro, & Bonaccorsi, 2013), uma vez que, a trajetória adotada por um indivíduo mediante um determinado acontecimento pode sofrer influências, positivas ou negativas, advindas dos fatores e contextos onde ocorre (Homem, Gaspar, Santos, Azevedo, & Canavarro, 2013).

O aumento da prevalência das problemáticas comportamentais na população infantil constitui uma complicação crescente que acarreta uma elevada preocupação na sociedade atual (Homem, et al., 2013).

A definição de problemas de comportamento é ambígua e controversa, evidenciando muitas vezes limites poucos claros. Assim, existem inúmeras definições e classificações distintas (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). De acordo com Silva (2000, cit. in Pesce 2009), os problemas de comportamento podem ser conceituados como comportamentos socialmente inadequados que representam déficits ou excedentes comportamentais que influenciam negativamente os relacionamentos estabelecidos pelas crianças quer com pares ou adultos .

Achenbach (1966 cit. in Casali-Robalinho, Del Prette, & Del Prette, 2015) divide os problemas de comportamento em dois tipos: problemas de comportamento de caráter

internalizante (PCI) e problemas de comportamento de caráter externalizante (PCE). Assim, é preciso estimular as crianças com PCI (timidez, baixa autoestima, ansiedade, queixas somáticas...) e PCE (agressão, desafio, delinquência...) de forma a tornarem-se mais assertivos e a desenvolverem a capacidade de procurar alternativas na interação com os outros (Eisenberg, Spinrad & Eggum, 2010; Grusec, 2011; Gundersen, 2014).

Os problemas de comportamento na infância, podem ser característicos da idade e desaparecer ao longo do crescimento (Benavente, 2012) mas de acordo com Moffitt (1993) também pode verificar-se uma trajetória com um padrão de comportamento persistente ao longo da vida (Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005). Assim, os comportamentos podem diferir substancialmente do que é esperado para a idade, no que toca à frequência, persistência, pervasividade nas situações e prejuízo associado aos comportamentos, podendo definir-se como sintomas da perturbação do comportamento (Benavente, 2012; APA, 2013).

O funcionamento psicomotor da criança pode dividir-se em três subgrupos psiquiátricos diferentes, nomeadamente as perturbações emocionais, as perturbações do desenvolvimento e as perturbações comportamentais (Emck, 2004). O último grupo engloba as crianças com manifestações de hiperatividade, problemas de atenção, comportamentos de oposição e agressividade, e dificuldades no cumprimento de regras sociais, morais e éticas. Tendem a externalizar as suas dificuldades e problemas interferindo com os outros, o que desencadeia respostas negativas dos mesmos. Além disso, leva à exclusão por parte dos seus colegas, das atividades do quotidiano, pois as crianças não conseguem manter um relacionamento ou vinculação afetiva estável, o que pode gerar outras consequências como a depreciação da sua autoimagem, a depressão e/ou abuso de substâncias (Emck, 2004).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª edição)*, a perturbação do comportamento está inserida nas Perturbações Disruptivas, do Controlo de Impulsos e do Comportamento, que englobam condições com problemas ao nível do autocontrolo de emoções e comportamentos (APA, 2013). Incluem também os diagnósticos de perturbação de oposição e desafio, perturbação explosiva intermitente, perturbação da personalidade antissocial, piromania, cleptomania e outras perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e comportamento não especificados. Estas perturbações tendem a iniciar na infância ou adolescência bem como a ser mais comuns no sexo masculino do que no feminino (APA, 2013).

A lista de potenciais fatores de risco para os problemas de comportamento é extensa e heterogênea, englobando desde fatores biológicos das crianças, relacionais entre pais e crianças, familiares, sociais e contextuais (Homem et al., 2013).

Perante isto, a intervenção ao nível desta problemática deve centrar-se na promoção de competências das crianças, nomeadamente as competências sociais visto serem fatores de proteção para o surgimento destas dificuldades (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

5. Competências sociais e emocionais

As competências socioemocionais dizem respeito aos conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com os processos intra e interpessoais relacionados com o comportamento pró-social (European Network for Social and Emotional Competence, 2016). Incluem habilidades colaborativas, de resolução de problemas, de comunicação, de tomada de decisão, gestão do stress, autoconfiança, e regulação emocional.

A aprendizagem socioemocional tem sido utilizada frequentemente como um termo abrangente para uma vasta gama de competências, nomeadamente a inteligência emocional, as competências sociais e de autorregulação. Assim abrangem três grandes áreas: os processos emocionais que incluem a capacidade empática e a identificação, compreensão e regulação das emoções e comportamentos mediante situações específicas; a regulação cognitiva que inclui a capacidade de manutenção da atenção e de utilização da memória de trabalho para inibir impulsos que não são apropriados para a situação; e as habilidades pessoais e sociais que englobam a capacidade de compreender pistas sociais (e.g. linguagem corporal, tom de voz), de compreender a intencionalidade dos comportamentos dos outros, de interagir adequadamente com os outros e de agir de forma pró-social (Jones, Bouffard, & Weissbourd, 2013).

O comportamento social compreende as atitudes, ações, e pensamentos de cada sujeito na sua interação consigo, com os outros e com a comunidade, sendo perspectivado pela conjugação de vários subsistemas (Matos, Nahama, Petit, & Sacchi, 2010).

A competência social pressupõe o conhecimento de regras sociais mas também a capacidade de refletir acerca das mesmas, percebendo a sua possível variabilidade de acordo com as pessoas ou situações envolvidas (Gundersen, 2014). Esta compreende a avaliação de um determinado comportamento social como adequado, sendo que depende das circunstâncias e variáveis envolvidas (Matos et al., 2010) e da capacidade de cada sujeito de corresponder de forma satisfatória às exigências do contexto

(Gundersen, 2014). Os critérios da competência social englobam interesses pessoais e coletivos, pois pressupõem um equilíbrio entre os ganhos próprios e dos outros através das relações estabelecidas, respeitando sempre os direitos humanos (Leme, Del Prette, Koller, & Del Prette, 2016).

Desta forma, a competência social pressupõe uma panóplia de habilidades sociais nomeadamente a empatia, o respeito, a assertividade, a responsabilidade, o autocontrole e a cooperação (Eickmann, Emond, & Lima, 2016).

Mediante esta diversidade, Caldarella e Merrell (1997 cit. in Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2011), identificaram um conjunto de habilidades sociais infantis, tais como: habilidades de relacionamento com os pares (cumprimentar os outros, elogiar, oferecer ajuda...); habilidades de autocontrole (regular as emoções, negociar, lidar com críticas...); habilidades académicas (tirar dúvidas, seguir instruções...); habilidades de ajustamento (cumprir regras e instruções, utilizar o tempo livre de forma adequada, ajudar os outros...); habilidades assertivas (iniciar e manter conversas, aceitar convites...), entre outras. Pode acrescentar-se a capacidade de encontrar alternativas à agressão (partilhar, ajudar os outros, evitar conflitos, defender os seus direitos...), de trabalhar de forma cooperativa, o ajustamento a situações novas, a interação adequada com pares e adultos, a capacidade de permanecer nas atividades propostas, de expressar sentimentos, pedir ajuda e desculpa bem como a capacidade de planeamento (tomar iniciativa, refletir sobre as causas dos problemas, recolher informação, estabelecer objetivos, e tomar decisões) (Eickmann et al., 2016; Madrona, Marín, & López, 2012).

A aprendizagem de habilidades sociais bem como as possíveis alterações ocorrem progressivamente ao longo da vida das crianças através da diversidade de experiências (Silva & Cavalcante, 2015). O acréscimo destas habilidades depende essencialmente da qualidade de interação do sujeito com o ambiente (Casali-Robalinho et al., 2015). No entanto, mediante as situações a que está exposta, esta pode desenvolver um repertório adequado ou deficitário, isto é, limitado ou com falhas na facilidade de desempenho (Del Prette & Del Prette, 2010).

As competências socioemocionais compreendem aprendizagens cruciais para o repertório comportamental de cada criança (Rodrigues, Dias & Freitas, 2010), podendo desencadear influências no mesmo (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010), sendo consideradas como um fator de proteção no que respeita ao desenvolvimento da criança (Dascanio et al., 2015; Elias & Amaral, 2016; Rodrigues et al., 2010).

O déficit nestas competências pode manifestar-se a um nível percetivo quando a dificuldade está na identificação da situação social problemática, a um nível cognitivo mediante dificuldades na identificação de objetivos, na previsão de consequências ou na tomada de decisão ou ainda a um nível comportamental quando a dificuldade é na execução da resposta escolhida (Matos et al., 2010).

O desenvolvimento socioemocional compreende diversas aptidões que permitem às crianças entenderem e lidarem com os seus sentimentos, afirmarem-se como indivíduos e relacionarem-se com os outros (Cró & Pinho, 2011) e a sua promoção auxilia na prevenção de comportamentos de risco (Correia, Esteves, Faria, Ramos & Valdeira 2014). Neste processo, envolvem-se as seguintes vertentes da pessoa: a individual, mediante a promoção do autoconceito e autoestima; a relacional através da promoção de comportamentos assertivos e de relacionamentos interpessoais; e a emocional mediante a gestão emocional (Freitas, Simões, & Martins, 2011).

Assim, o seu desenvolvimento na primeira infância potencia a diminuição de problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes nas fases seguintes do desenvolvimento (Bornstein, et al., 2010). As crianças com menos competências sociais manifestam alguma dificuldade em transmitir mensagens sociais claras o que promove dificuldades na expressão e compreensão dos outros, tendo menos interações sociais adequadas. Além disso, a frustração advinda destas situações pode promover comportamentos disruptivos ou agressivos (Bornstein, et al., 2010). Já, as crianças com um repertório adequado tendem a desenvolver menos comportamentos antissociais e de risco (Silva & Cavalcante, 2015).

Os programas de promoção destas competências fundamentam-se no desenvolvimento de capacidades pessoais, afetivas e relacionais, bem como nos comportamentos verbais e não verbais, nos aspetos motivacionais e socioculturais, e ainda nos processos percetivos de processamento de informação, com o objetivo de generalizar as diversas aprendizagens para o âmbito social (Bedell & Lennox, 1997 cit. in Freitas et al., 2011). Pretendem reduzir a exposição ou impacto dos fatores de risco nas crianças, na medida em que constituem estratégias para a criação de alternativas para lidar e enfrentar os desafios diários de forma mais adequada (Matos & Tomé, 2012).

Assim, apresentam objetivos diversos e resultados eficazes pois potenciam a harmonia com os outros, o bem-estar, a interação social, o autoconhecimento e cooperação tanto no aspeto físico como psíquico (Freitas et al., 2011).

Considerando a importância do ambiente circundante no desenvolvimento das crianças, torna-se crucial desenvolver recursos e estratégias para as crianças nos seus diversos contextos, inclusive o escolar (Ramirez & Cruz, 2009). O comportamento das crianças na escola é crucial para o seu funcionamento social e emocional pois é onde passam a maior parte do tempo, mas também é um contexto ótimo para aprender e praticar competências com pares e adultos (Eisenberg et al., 2010).

Diversos estudos realizados neste contexto reforçam a relação entre estas competências e os problemas de comportamento (Fantinato & Cia, 2015) e as dificuldades de aprendizagem (Dascanio et al., 2015). Crianças com piores desempenhos, sobretudo ao nível da empatia e assertividade, apresentam mais dificuldades escolares e mais problemas de comportamento (Barreto, Freitas & Del Prette, 2011). Os mesmos autores, apontam que níveis elevados de PCI dificultam o estabelecimento de amizades e condicionam comportamentos essenciais à aprendizagem (e.g. tirar dúvidas, pedir ajuda). E os PCE também prejudicam os relacionamentos com adultos e pares e a adaptação escolar.

Assim, a escola é um contexto ideal para o desenvolvimento e implementação de programas de promoção de competências socioemocionais, os quais pretendem potenciar a capacidade de identificação e resolução de problemas, defendendo os seus direitos, de lidar com conflitos interpessoais, resistindo à pressão dos pares, de melhorar a comunicação interpessoal, de autorregulação comportamental e gestão emocional (Matos & Tomé, 2012).

6. Psicomotricidade na promoção de competências socioemocionais

O corpo permite às crianças uma diversidade de experiências e é um meio privilegiado de comunicação, por isso, a exploração do corpo, das suas sensações, limites e movimentos é essencial para as crianças (Kamila, Maciel, Mello, & Souza, 2010).

O desenvolvimento psicomotor adequado influencia a aquisição de uma vida social próspera, no sentido em que a criança domina seu corpo, utilizando-o com naturalidade e facilidade, o que facilita a interação com os outros (Alves, 2007).

Neste âmbito, a Psicomotricidade diz respeito ao:

campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e o corpo, e, entre o psiquismo e a

motricidade, emergentes da personalidade total, singular e evolutiva que caracteriza o ser humano, nas suas múltiplas e complexas manifestações biopsicossociais, afectivo-emocionais e psicossociocognitivas (Fonseca, 2010, p.42).

Assim, integra as interações cognitivas, sensoriais, emocionais, simbólicas e motoras que interferem na capacidade de ser bem como de se expressar no contexto psicossocial. Abrange vários conhecimentos sobre o sujeito e uma metodologia que ressalta a importância da experiência (Montañés & Kist, 2011).

A psicomotricidade considera essencial o contexto ecológico, sócio-histórico e cultural no qual o sujeito está inserido pois pretende o desenvolvimento de novos processos de facilitação e interação com os diversos ecossistemas potenciando a sua adaptação a uma sociedade em constante mudança (Fonseca, 2010). Nesta perspetiva global, a prática psicomotora através da mediação corporal (Fonseca & Martins, 2001), promove a harmonização e maximização do potencial motor, cognitivo e afectivo-relacional (Aucouturier, Darrault, & Empinet, 1986 cit. in Martins, 2001).

Assim, a psicomotricidade atua sobre a componente biopsicossocial da criança mediante atividades educativas, reeducativas, e/ou terapêuticas de extrema importância para a saúde mental da mesma, pois influencia positivamente o seu desenvolvimento global e beneficia a aquisição de aprendizagens verbais e não verbais (Fonseca, 2010).

A intervenção psicomotora enquanto intervenção por mediação corporal e expressiva potencia a capacidade comunicativa e de interação com os outros. Desta forma, promove e fortalece competências comportamentais, afetivas e sociais através da exploração da expressão de sentimentos, da cooperação e entreajuda e respeito pelas regras (Maldonado, Ortiz, Ramirez, & Saavedra, 2014).

Num estudo realizado com crianças entre os 4 e os 13 anos, Maldonado et al. (2014), evidenciaram que a intervenção psicomotora enquanto abordagem global reforça a consciência corporal, a autoimagem positiva e os relacionamentos interpessoais, determinantes no desenvolvimento psicossocial na infância.

A psicomotricidade recorre a um conjunto de metodologias nomeadamente técnicas de relaxação terapêutica, técnicas de educação e reeducação gnossoprática, técnicas de recreação terapêutica e atividades motoras adaptadas e, ainda, técnicas expressivas e lúdico-terapêuticas.

O ato de brincar é crucial para o desenvolvimento global na infância (Lizano & Pereira, 2015) pois permite à criança, experimentar e inventar, explorar o mundo, descobrir-se e entender-se, conhecendo os seus sentimentos e ideias bem como as suas atitudes e formas de agir (Alves & Bianchin, 2010; Kamila, et al., 2010). Desta forma, a criação de uma atmosfera lúdica ao nível da intervenção potencia a sua eficácia uma vez que a significação atribuída aos movimentos pelas crianças é mais relevante em contexto de brincadeira e jogo (Martins, 2001).

As ações e experiências, proporcionadas na psicomotricidade, desenvolvem a capacidade de iniciativa, originalidade e expressividade das crianças (Maldonado et al., 2014). Além disso, a expressão de sentimentos mediante ações, jogos, dinâmicas de relaxação, representações e simbolizações, reduzem os níveis de agressividade das crianças (Maldonado et al., 2014).

Os jogos e brincadeiras implicam movimentação, envolvimento emocional e desafios cognitivos (Kamila, et al., 2010). Mediante os desafios e questões inerentes, potenciam também a capacidade de resolução de problemas (Alves & Bianchin, 2010; Kamila, et al., 2010) uma vez que, a apresentação de situação-problema pretende apelar à descoberta e ao pensamento divergente mediante o reforço da atenção, distinção das fontes de informação disponíveis e adaptabilidade (Martins, 2001). Desta forma, potencia-se os processos de análise, integração e elaboração da informação através da promoção das capacidades de reflexão, invenção, expressão e transposição, fazendo com que a atividade funcione como um escape criativo e libertador do imaginário da criança (Alves, 2007; Alves & Bianchin, 2010; Dias, 2014; Lizano & Pereira, 2015; Martins, 2001). A reflexão acerca de possíveis soluções facilita a capacidade de ação, diminuindo os níveis de ansiedade e frustração das crianças, adotando expectativas mais reais acerca do seu comportamento e dos outros (Rodrigues, Dias & Freitas, 2010).

O jogo pode assumir inúmeras características (Schydrig, 1994 cit. in Martins, 2001): jogos de exercício (funcionais ou sensoriomotores) que promovem a harmonização dos gestos e aumentam a sua eficácia; jogos simbólicos ou de imaginação, que favorecem a passagem do nível sensoriomotor para o da representação e possibilitem ao EU compensar ou completar a realidade mediante a ficção, eliminando conflitos ou medos pela antecipação dos acontecimentos; jogos de construção, que permitem uma adaptação mais concreta à realidade; e jogos de regras (jogos sociais), que permitem o desenvolvimento da cooperação e da descentração. A sua utilização favorece as interações e a aceitação das diferenças, inclusive no contexto escolar (Pimentel, 2015).

Além disso, através das atividades psicomotoras, a criança desenvolve a sua capacidade comunicativa e interioriza valores, conceitos e papéis sociais, o que fortalece a sua existência enquanto ser social (Cró & Andreucci, 2014). E, é possível perceber a forma como a criança vê e constrói o mundo ou como gostava que fosse, exprimindo diversos sentimentos e preocupações por vezes difíceis de expressar verbalmente (Alves, 2007).

O recurso à comunicação não verbal, nomeadamente pelas artes plásticas, utilização da música e expressão corporal, potencia processos simbólicos mais espontâneos, o que se repercute em melhorias na expressão de sentimentos e na análise da expressividades dos outros, o que contribui para relacionamentos mais positivos (Corona & Peralta, 2011). Assim, promove diversas competências socioemocionais, como o autoconhecimento e autoestima, a autoeficácia, a capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisões (Corona & Peralta, 2011), a comunicação interpessoal, a empatia, a desinibição expressiva e gestual e valores como a tolerância e o respeito (Férrandez, 2007).

No âmbito da promoção de competências socioemocionais, também é importante realçar a relevância das atividades em grupo (pequenos ou grandes), pois as crianças ganham a consciência que não estão sozinhas e que fazem parte de uma equipa que devem tolerar e respeitar, apesar das diferenças ou semelhanças (Madrona et al., 2012). Além do que, é mediante o estabelecimento de relações interpessoais que a criança estimula determinadas competências socioemocionais (Leme et al., 2016). Através de brincadeiras em grupo, as crianças começam a compreender a importância das regras e limites, o que se repercute em melhorias na interação com outras crianças e adultos (Alves & Bianchin, 2010).

7. Envelhecimento

Há 100 anos atrás a evolução da humanidade era simples e previsível: crescimento, reprodução, regressão e morte (Juhel, 2010). Mas o conceito e processo inerentes ao envelhecimento são complexos e implicam uma abordagem multidisciplinar (Universidade Federal do Maranhão [UFMA] & Universidade Aberta do SUS [UNASUS], 2013).

A percepção do envelhecimento é relativa e depende das diversas representações que cada indivíduo faz do que é ser idoso, mas a idade dos 65 anos é muitas vezes apontada como ponto de referência para esta faixa etária (Juhel, 2010). No entanto, cada um vivencia esta fase de forma distinta e particular sendo que a atenção que lhe dedica é, muitas vezes, determinada pela percepção das suas mudanças corporais (Mari, Alves, Aerts & Camara, 2016).

O processo de envelhecimento, não é um estado definido (Cancela, 2007) mas sim acontecimento biológico, dinâmico, progressivo (Mari, et al., 2016) e multifacetado, no qual sucedem diversas modificações biológicas, fisiológicas, funcionais, psicológicas e sociais (Fabrizzi, 2013; Ferreira, Maciel, Silva, Santos, & Moreira, 2010; Oliveira et. al, 2014; Santos, 2005).

Neste âmbito, a passagem progressiva do tempo tende a estabelecer perdas na capacidade que o indivíduo tem para se adaptar ao meio envolvente (Oliveira, et al., 2014). Segundo Barreiros (2006), as características biológicas e funcionais do nosso corpo apresentam, ao longo da vida, uma notável estabilidade, permitindo assegurar funções essenciais à sobrevivência, à atividade e à vida relacional. Contudo, à medida que envelhecemos, os diversos sistemas registram pequenas alterações no seu funcionamento ótimo, afetando consequentemente as funções perceptivomotoras.

O desenvolvimento psicomotor adquirido pelo ser humano nos primeiros anos de vida sofre uma involução mediante o avançar da idade. Assim, pode surgir lentidão psicomotora bem como problemas práticos e espaciotemporais, diminuição da força e consequentes dificuldades na marcha, maior fadiga, acréscimo no tempo de reação, dificuldades na comunicação em grupo, uma regulação emocional mais problemática e até uma desvalorização da imagem corporal (Fernandes, 2014). O envelhecimento compreende diversas alterações somáticas, psíquicas, afetivas e psicomotoras que podem despoletar medos, atitudes ambíguas, desvalorizações, resignações, reações emocionais e comportamentos regressivos (Fabrizzi, 2013; Fonseca, 2001).

Podem-se verificar algumas alterações no processamento da informação visual (discriminação figura-fundo, constância da forma, deteção e apuração de pormenores, diminuição da seletividade, restrição do campo visual), no processamento da informação auditiva (atenção seletiva, discriminação fonética) e no processamento tátil-quinestésico (capacidades de discriminação, pressão, forma e textura, problemas de integração sensorial) (Fonseca, 2001). Além disso, podem surgir dificuldades ao nível da memória, atenção e concentração e ainda problemas de humor e vivacidade intelectual com o decorrer da idade (Fonseca, 2001).

Considerando esta diminuição gradual das suas capacidades gnósticas, da sua capacidade de reação à diversidade de situações físicas e emocionais, ressalta-se que essas alterações corporais que surgem ao longo do tempo, resultam em fragilidades que influenciam de forma negativa a organização da personalidade e o estabelecimento de

relações do geronte com os outros e o mundo envolvente (Fernandes, 2014). A diminuição da atividade e mobilidade podem influenciar o estado emocional dos idosos, manifestando-se através do isolamento e solidão, ansiedade, frustração, descontrolo, apatia, depressão, labilidade emocional e isolamento (Fonseca, 2001; Guiomar, 2010).

O declínio funcional tende a iniciar-se nas componentes mais complexas, podendo progredir sucessivamente até ao ponto de existir uma dependência total (Moraes, 2012). Com isto, podemos concluir que estas alterações levam o idoso a enfrentar perdas e declínio do nível de saúde, o que afeta a sua qualidade de vida (Chau et al., 2012). Este declínio é, claramente, a manifestação central das vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento, podendo ser um preditor de incapacidades, dependência, institucionalização ou hospitalizações, pelo que a promoção das capacidades funcionais deve ser um dos focos das intervenções nesta população (Moraes, 2012).

8. *Promoção da saúde e qualidade de vida*

O envelhecimento é uma consequência natural da vida que pressupõe diversas metamorfoses sobre as quais os profissionais de saúde devem ter uma elevada atenção (Fernandes, 2014), uma vez que o importante é proporcionar condições aos idosos para que vivam nas melhores circunstâncias possíveis (Santos, 2005). Assim, o idoso procura apoio na família, nos amigos e ainda nas instituições, pelo que a sua qualidade de vida poderá depender das respostas que obtiver (Chau et al., 2012).

Atualmente, o mais importante não é somente prolongar a vida ao máximo mas promover o envelhecimento mais saudável e bem sucedido possível (Guiomar, 2010). A prioridade é auxiliar os idosos a adaptarem-se às alterações decorrentes do envelhecimento, pois esse processo pode determinar o sucesso ou insucesso nesta fase. Isso pressupõe um estilo de vida socialmente desejável, a manutenção das atividades diárias e um sentimento geral de satisfação com a vida, isto é, pretende-se que se mantenha ativo nos diversos domínios, com um constante investimento em si mesmo (Guiomar, 2010).

Neste âmbito, o conceito de envelhecimento ativo surgiu em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este pretendia integrar um modelo explicativo multidimensional do envelhecimento que englobava, além da saúde, aspetos sociais, económicos, psicológicos e contextuais. O modelo recomenda a saúde e qualidade de vida através de uma continuidade da autonomia física, psicológica e social, com participação e envolvimento ativo no contexto envolvente (Ribeiro & Paúl, 2011).

Desta forma, depende de uma variedade de fatores denominados de "determinantes" que podem ser: pessoais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos); comportamentais, (adoção de estilos de vida saudáveis e participativos no cuidado pela saúde); económicos (proteção social, rendimentos, oportunidades laborais); sociais (apoio social, prevenção de violência, educação e alfabetização); do ambiente físico (serviços de transporte público de fácil acesso, habitação e vizinhança seguras, água limpa, ar puro e segurança alimentar); e relacionados com a disponibilização de serviços sociais e de saúde (direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, de acesso equitativo e de qualidade) (Ribeiro & Paúl, 2011).

Desta forma, um envelhecimento bem-sucedido pressupõe a perspetiva de idosos ativos e participativos no seu envolvimento (Guiomar, 2010). Também implica a adoção de algumas atitudes pelo idoso, isto é, encarar este processo de um modo consciente, abandonar os preconceitos, não desistir de si nem da sua vida e assumir uma nova postura que envolve a idealização de um novo projeto de vida com objetivos ajustados às exigências atuais (Castiglia, Pires & Boccardi, 2006; Guiomar, 2010). Refletir acerca da qualidade de vida dos idosos implica compreender este conceito como um processo subjetivo e multidimensional, dependente de diversos fatores biológicos, sociais, culturais e psicológicos (Guiomar, 2010; Santos & Júnior, 2014).

A qualidade de vida nesta fase é determinada, em larga escala, pela capacidade de manutenção da autonomia e independência (Guiomar, 2010), ou seja, envelhecer com manutenção das capacidades funcionais evidencia-se como um aspeto imprescindível para o alcance de uma qualidade de vida satisfatória (Costa, Rocha, & Oliveira, 2012). No entanto, a qualidade de vida do geronte reflete a perceção do mesmo num contexto geral, sendo que engloba todas as suas crenças pessoais bem como os relacionamentos sociais (Santos & Júnior, 2014).

Algumas estratégias para a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos passam pela implementação de programas de intervenção específicos que pretendem eliminar os fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional, pela criação de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, e pelo apoio social tanto de instituições políticas como família e amigos (Ferreira et al., 2010). Assim, será abordado o papel da intervenção psicomotora na promoção de competências socioemocionais e qualidade de vida nos idosos.

9. Gerontopsicomotricidade na promoção de competências socioemocionais

Toda a panóplia de modificações decorrentes do envelhecimento pressupõe a implementação de medidas interventivas ativas e dinâmicas. Assim, a psicomotricidade pode agir de forma a preservar a tonicidade funcional, o controlo postural, a imagem corporal adequada, a organização espacial e temporal e a integração e prolongamento de praxias ideomotoras ajustadas (Fonseca, 2001), estimulando as emoções, criatividade e espontaneidade do idoso (Costa et al., 2012).

Desta forma, potencia as capacidades funcionais permitindo ao idoso contrariar a imobilidade, passividade, isolamento e dependência, evitando a institucionalização e segregação (Fonseca, 2001).

A gerontopsicomotricidade surge como uma metodologia muito relevante na promoção da saúde do idoso (Fernandes, 2014) e consequentemente na obtenção de um envelhecimento ativo. Intervém em diversas dimensões, nomeadamente, na prevenção, educação e reeducação do geronte originando inúmeros benefícios biopsicossociais que se refletem numa melhoria do bem-estar e qualidade de vida (Costa et al., 2012; Venâncio, Mendes, Castilho, & Tolentino, 2016).

Esta intervenção engloba atividades psicomotoras que permitem retardar os efeitos do envelhecimento biológico, ao mesmo tempo que possibilita a manutenção da funcionalidade e autonomia do idoso (Nuñez & González, 2001). Estas estimulam a agilidade e coordenação motora, a força muscular, a flexibilidade e os níveis de resistência (Oliveira, et al., 2015; Faustino, Kummer & Ribas, 2016), promovendo as capacidades funcionais, diminuindo a vulnerabilidade a quedas e lesões, e contribuindo para um aumento da autonomia e independência dos idosos (Banzatto et al., 2015; Costa, et al., 2012; Civinski, Montibeller & Braz, 2011).

Os programas de gerontopsicomotricidade visam contrariar a retrogénese psicomotora, mediante: atividades de estimulação vestibular e propriocetiva; metodologias de relaxação; situações estáticas e dinâmicas de equilíbrio; dinâmicas lúdicas de ativação global, atenção, observação e memória; situações de integração somatognósica e simbolização corporal; atividades de organização espacial e temporal; atividades de verbalização e programação; atividades de elaboração e planificação prática, entre outras (Fonseca, 2001).

Por outro lado, a lentificação psicomotora e as dificuldades na mobilidade procedentes do

envelhecimento, diminuem a autoestima, a participação na comunidade e as relações sociais, potenciando a sensação de total incapacidade e consequente sofrimento psíquico bem como de sentimentos de solidão (Costa et al., 2009 cit. in Fabbrizi, 2013).

De acordo com Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette (2007), a capacidade de interação social é de extrema relevância para os idosos pois as competências sociais são importantes para a saúde e qualidade de vida. Contrariamente, a falta ou défices, nomeadamente na empatia e assertividade podem desencadear comportamentos socialmente inadequados como o isolamento, depressão ou agressividade, prejudicando as interações sociais e a procura de apoio social.

Perante isto, reforça-se a importância dos programas de gerontopsicomotricidade na promoção de competências socioemocionais, de forma a estimular as potencialidades dos idosos nos diversos domínios da sua vida - físico, cognitivo, emocional e social, através de atividades que favoreçam a funcionalidade e propiciem momentos de interação, cooperação, criatividade e aquisição de conhecimentos.

A gerontopsicomotricidade pretende um equilíbrio entre o corpo, sujeito e ambiente, utilizando como recursos o movimento e afetividade. Essa intervenção visa melhorar a conduta motora, cognitiva e emocional, através do domínio corporal e reforço da autoestima e confiança do idoso (Oliveira, Pinto & Cordeiro, 2015; Santos, Soares, Ravagni, Costa & Fernandes, 2014). Assim, pode estimular no idoso uma atitude mais positiva em relação ao próprio corpo, aceitando as alterações decorrentes da idade (Fabbrizi, 2013) e desenvolver estratégias para ultrapassar dificuldades (Moraes, 2007).

Neste âmbito, mediante a exploração corporal torna-se num meio para o idoso se conhecer e dar-se a conhecer aos outros, estimulando os seus pontos fortes e fracos, aumentando a sua autoconfiança (Castiglia et al., 2006). Assim, experienciam e vivem novas sensações quer individualmente, quer com os outros ou com o meio, o que desencadeia o emergir das emoções. Pretende-se a criação de momentos no qual os idosos reflitam acerca da sua conduta, percebendo os seus desejos, limites, expectativas e decepções nas interações com os outros (Castiglia et al., 2006).

A intervenção psicomotora também influencia a vida social dos idosos pois incute ativação e motivação para realizar as suas tarefas diárias, com maior mobilidade e facilidade, possibilitando novas perspetivas de vida (Civinski, et al., 2011).

No estudo realizado (Banzatto et al., 2015), os idosos referem que a prática psicomotora

melhora os movimentos, o desempenho físico e consequentemente a saúde bem como o seu estado emocional. Também apontam que estas melhorias estimulam a sua autoimagem e autoestima e reforçam a sua capacidade para enfrentar as adversidades e limitações diárias.

A intervenção na gerontopsicomotricidade deve ser realizada, preferencialmente, em grupo, para estimular as relações interpessoais, o reconhecimento do outro e do meio envolvente, devendo estar estruturadas e orientadas para a realidade (Morais, 2007).

Utiliza diversos tipos de estratégias nomeadamente instruções concretas e simples, a utilização de atividades que permitam diversos níveis de dificuldades de forma a responder às necessidades específicas de cada sujeito, o recurso a materiais simples e fáceis de utilizar e evitar confrontá-las com os erros cometidos (Morais, 2007).

Além disso, a utilização de música, pois estimula a escuta, a capacidade de improvisação, a socialização, a afetividade, a motivação e diversas outras componentes cognitivas e sensoriomotoras (Frabrizi, 2013). Surge assim como um agente transformador, que estimula diversas componentes psicomotoras, cognitivas, sensoriais, emocionais e sociais (Nalasco & Martins, 2007).

Já a dança estimula a expressão, o movimento e a consciência corporal, desenvolvendo a percepção de si e dos outros em constante interação e movimento no espaço e tempo. As artes plásticas estimulam a criatividade e expressividade dos idosos (Nalasco & Martins, 2007). A utilização de atividades lúdicas e de jogos também têm surtido efeitos positivos nesta faixa etária, pois potenciam a exteriorização do indivíduo, vivências corporais espontâneas e os relacionamentos interpessoais e ainda sentimentos de autoeficácia (Castiglia et al., 2006; Fabbrizi, 2013). Este tipo de dinâmicas estimula pensamentos, sentimentos e sensações que ajudam na partilha de vivências e emoções (Nalasco & Martins, 2007).

Os momentos de diálogo pretendem que o idoso reflita acerca das suas emoções, sensações de prazer e desprazer nas dinâmicas e na relação consigo mesmo e com o grupo (Castiglia, et al., 2006). O psicomotricista deve adotar uma postura de escuta, permitindo que cada um fale de si, das suas vivências, bem como das facilidades e dificuldades encontradas (Castiglia, et al., 2006).

Assim, a atenção deve focar-se na forma como o geronte investe, sente e vive o seu corpo, tanto na componente real como imaginária. Neste seguimento, é necessário

perceber que o corpo permite localizar o indivíduo em relação ao envolvimento e vice-versa, sendo esta dicotomia do espaço interno e externo essencial na estruturação da sua identidade corporal e autoconceito (Fernandes, 2014).

Desta forma, e com base em diversos estudos analisados, compreende-se que a intervenção psicomotora promove a qualidade de vida dos idosos (Banzatto, et al., 2015; Costa et al., 2012; Civinski, et al., 2011; Oliveira, et al., 2015; Santos, et al., 2014; Venâncio, et al., 2016).

Em face do exposto, a prática de atividades psicomotoras, mantendo uma vida dinâmica e ativa com convívio social e a estimulação de atividade mental continuada, pode ser os fatores chave para um envelhecimento saudável, no qual o idoso mantém a sua independência com um nível de qualidade de vida muito satisfatório (Costa et al., 2012).

(B) ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E LEGAL

No enquadramento institucional e legal são apresentadas as diversas instituições na quais se desenvolveram as atividades do estágio curricular, relativamente à sua localização, organização interna, recursos existentes e enquadramento legal subjacente.

1. Casa da Fonte

A *Casa da Fonte*, dirige-se a crianças em situação de risco social, com idades entre os 0 e os 12 anos, oriundas de processos de promoção e proteção urgentes dos Tribunais de Família, Tribunais de Menores e dos Centros de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), do distrito de Lisboa. É tutelada pelo Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Lisboa, com horário de funcionamento de 24 horas diárias em regime de internato, com sede em Oeiras. Fundada em 2000, é um estabelecimento integrado do Instituto de Segurança Social, que encontra-se em regime de cedência à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Decreto Lei n.º 16/2011, de 25 de janeiro). A cedência é de caráter temporário, por um prazo de três anos, com possibilidade de renovações consecutivas pelo mesmo período (artigo 3.º).

Os objetivos gerais passam por mobilizar respostas educativas e de saúde, pela orientação e apoio individualizado às crianças para potenciar o seu desenvolvimento e a inclusão na comunidade e facilitando, portanto o planeamento e implementação de um projeto de vida que explore ao máximo as respostas e encaminhamentos possíveis.

A *Casa da Fonte* enquanto Casa de Acolhimento de Emergência (artigo 50.º) pretende

promover os direitos e a proteção das crianças e jovens em risco, criando condições que satisfaçam as suas necessidades, promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 49.º). De acordo com o artigo 5.º considera-se criança ou jovem, qualquer indivíduo com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e declara-se situação de emergência qualquer situação que represente perigo atual ou iminente para a vida ou para a integridade física ou psíquica da criança ou jovem (Lei n.º 142/2015).

A medida de acolhimento residencial pretende colocar a criança ou jovem sob o cuidado de uma entidade com instalações, equipamentos e recursos humanos constantes, que garantam os cuidados adequados às mesmas (artigo 49.º). A organização das Casas de Acolhimento pretende oferecer relações afetivas do tipo familiar, com uma vida diária personalizada e integrada na comunidade. As visitas parentais, representante legal ou quem tem a guarda da criança são permitidas mediante os horários e as regras da instituição (artigo 53.º). No artigo 91.º, refere que quando os detentores do poder paternal, ou quem tem a guarda efetiva da criança ou jovem, se opõem à sua retirada, mediante situações de perigo atual ou iminente, são acionadas as medidas adequadas, pelas Comissões de Proteção, para promover a proteção imediata da criança ou jovem, solicitando-se a intervenção dos tribunais ou das entidades policiais (Lei n.º 142/2015).

A lotação da casa é de 20 crianças e para a manutenção de um funcionamento eficaz, existe uma equipa multidisciplinar que compreende um diretor, dois psicólogos, dois educadores, dez auxiliares de ação socioeducativa, dois auxiliares de serviços gerais e um motorista

2. Junta de Freguesia de Belém

A Freguesia de Belém surge, mediante a aprovação do decreto-lei nº. 56 /2012 de 8 de novembro, como uma nova entidade administrativa que engloba as antigas Freguesias de Santa Maria de Belém e de São Francisco Xavier. De acordo com os Censos INE (2011) residem na Freguesia de Belém 16 561 pessoas. Os serviços prestados pela Junta de Freguesia são de carácter social, religioso, militar, cultural, desportivo, educacional e de saúde. O estágio académico foi inserido em três Escolas Públicas do Agrupamento de Escolas do Restelo e no Centro de Dia de São Francisco Xavier.

2.1. Agrupamento de Escolas do Restelo

No agrupamento de Escolas do Restelo, o estágio teve incidência em três escolas

públicas, nomeadamente a EB1 Bairro do Restelo, a EB 1 de Caselas e a EB1 Moinhos do Restelo. Nestas escolas desenvolveu-se um trabalho de apoio ao projeto “Afetos na Escola” sob a orientação e coordenação das psicólogas da Junta de Freguesia. Este projeto iniciou no ano letivo de 2000/2001, e tem como principais objetivos atuar na prevenção de comportamentos de risco e na promoção de competências essenciais para lidar com as diversas situações e adversidades do quotidiano. Pretende ainda promover a preparação dos alunos que transitam do 4º ano para o 5º anos. Além disso, deu-se continuidade ao projeto “Psicomotricidade na Escola”, iniciado por psicomotricistas em regime de estágio académico no ano letivo de 2007/2008. Estes projetos fazem parte do Projeto “Juntos a Crescer” do Programa Intervir.

O Programa Intervir é promovido pela Câmara Municipal de Lisboa/ Direção Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social/ Departamento de Desenvolvimento Social (CML/DMHDS/DDS). Assim, tem como propósito promover e conceder apoio técnico e financeiro exclusivamente às Juntas de Freguesia de Lisboa que apresentem candidaturas de projetos de prevenção de comportamentos de risco e de promoção de estilos de vida saudáveis, como o caso dos projetos acima mencionados.

O objetivo geral do programa passa pela criação de projetos de promoção de competências socioemocionais e de proteção de comportamentos de risco, através de atividades em que se abordem os temas do bullying, delinquência juvenil, comportamentos de risco na saúde sexual e reprodutiva, obesidade, consumo de substâncias psicoativas e violência no namoro (artigo 2.º). Esta intervenção destina-se a crianças e jovens, pais/encarregados de educação, professores, pessoal não docente, profissionais de saúde e técnicos que trabalham na área da segurança social (artigo 4.º) e pode adotar diferentes ações de acordo com o público-alvo (n.º 2 do artigo 6.º).

De acordo com o artigo 11.º e 12.º, a contratação do Coordenador e da restante equipa técnica, à qual compete acompanhar o desenvolvimento do Programa Intervir, bem como a responsabilidade pela sua execução cabe às Juntas de Freguesia (Câmara Municipal de Lisboa, s.d.). Desta forma, pretende intervir prioritariamente em grupos ou contextos de maior vulnerabilidade, quanto a situações e comportamentos de risco (prevenção seletiva) e junto da população geral (prevenção universal).

2.2. Centro de dia São Francisco Xavier

O Centro, situado em Caselas, é um projeto conjunto da antiga Junta de Freguesia de

São Francisco Xavier e da Cruz Vermelha, delegação de Lisboa. Desta forma tem como base legal o Decreto Lei n.º 281/2007 que aprova o regime jurídico da Cruz Vermelha Portuguesa e os respetivos estatutos (artigo 1.º) e ainda um regulamento interno.

O Centro, apresenta valências de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário e conta com uma equipa multidisciplinar, nomeadamente técnicos de várias áreas de formação, voluntários e estagiários, essenciais para a qualidade dos serviços prestados.

A sinalização dos clientes para o Centro de Dia são realizadas por intermédio de familiares ou de entidades como a Polícia ou os Hospitais, quando se verificam situações de risco, desajustamento psicológico ou físico na pessoa idosa. Mediante esta sinalização, decorre um processo de avaliação e investigação das condições de dia do idoso, para se justificar e estruturar a intervenção. De seguida, elabora-se para isso um Plano de Desenvolvimento Individual, cujo objetivo é promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa. As atividades desenvolvidas no Centro possuem caráter recreativo, cultural e artístico, como os passeios e as visitas culturais, os festejos tradicionais, atividades motoras, atividades artesanais, entre outras.

De acordo com o artigo 1.º, os Centros de Dia definem-se como estruturas abertas à comunidade que integram um conjunto de serviços e atividades, que permitem aos idosos manterem-se no seu meio familiar e social, devendo ser polivalentes nos seus serviços coletivos de manutenção para a comunidade.

Os objetivos dos mesmos, visam proporcionar um conjunto de atividades e serviços que permitem prevenir e retardar os efeitos do processo de envelhecimento, com vista à manutenção da autonomia e melhoria da qualidade de vida, através da prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas, da promoção de atividades de natureza recreativa, cultural ou artística, da promoção do intercâmbio entre gerações e difusão à comunidade sobre o âmbito da atuação, e também promover o combate ao isolamento social (artigo 2.º). Além disso, o Centro de Dia terá que assegurar ainda a prestação de outros serviços como a alimentação, os cuidados de higiene, serviço de lavandaria, a assistência medicamentosa, o apoio psicossocial, o acompanhamento nas deslocações ao exterior e o transporte dos utentes, para além da promoção de atividades lúdicas e de âmbito sociocultural (norma IV do regulamento).

CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo é apresentada a prática profissional para permitir a compreensão da intervenção realizada no âmbito do estágio curricular, que ocorreu em três vertentes: Psicomotricidade na Escola, Psicomotricidade na Casa da Fonte e Psicomotricidade no Centro de Dia. O horário da prática profissional encontra-se descrito na Figura 1.

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Grupo 2_CA (9h15-10h)				Grupo 4_BR (9h15-10h)
Grupo 1_CA (10h15-11h)	Grupo 1_CD (11h-12h)		<i>Cartas para um Sábio</i> (10h15-11h15)	Grupo 1_BR (10h15-11h)
<i>Sonhar Acordado</i> (11h15- 12h15)			Afetos 2º ano (11h30-12h30)	Individual 1_MR (11h30-12h15)
Individual 1_CF (14h15-15h00)	Grupo 3_BR (14h15-15h00)	Grupo 3_MR (14h15-15h)	Grupo 1_MR (14h15-15h00)	
	Grupo 2_BR (15h15- 16h)	Afetos 1º ano (15h-16h)	Grupo 2_MR (15h15- 16h)	
Individual 2_CF (16h30-17h15)				Grupo 1_CF (16h30-17h30)
Individual 3_CF (17h30-18h15)				Grupo 2_CF (17h30-18h30)

Figura 1: Horário de intervenção

As sessões de Psicomotricidade na Escola ocorreram em três escolas: EB1 de Caselas (CA), EB1 Bairro do Restelo (BR) e EB1 Moinhos do Restelo (MR). Além disso foi ainda realizada intervenção no Centro de Dia de Caselas (CD) e na Casa da Fonte (CF). A psicomotricista estagiária também participou no projeto "Afetos na Escola" e desenvolveu atividades complementares nomeadamente o projeto "Sonhar Acordado" e "Cartas para um Sábio". De seguida, são apresentados os tópicos relevantes de intervenção de acordo com cada contexto onde a prática profissional foi desenvolvida.

(A) CONTEXTO PSICOMOTRICIDADE NA ESCOLA

A Psicomotricidade na Escola desenvolveu-se nas escolas supramencionadas, através de sessões em grupo e em contexto individual com uma criança da EB1 Moinhos do Restelo, com frequência semanal e duração de 45 minutos.

1. Intervenção em grupo

1.1. Caracterização do grupo

A constituição dos grupos envolveu um despiste inicial que teve por base o preenchimento do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). A sinalização das crianças foi realizada pelos professores titulares de turma, mediante a apresentação de três ou mais das seguintes características: comportamentos inadequados ao contexto, dificuldades de atenção e concentração, dificuldades de relacionamento com os pares, dificuldades de relacionamento com figuras de autoridade, impulsividade, hiperatividade, agressividade e dificuldades no controlo das emoções. Foram sinalizadas 63 crianças.

Encontraram-se 52 crianças elegíveis para intervenção, sendo que a maioria das crianças excluídas deve-se à não autorização dos encarregados de educação. Formaram-se nove grupos com 12 crianças da EB1 de Caselas (CA), 24 da EB1 do Bairro do Restelo (BR) e 16 da EB1 Moinhos do Restelo (MR). Apenas 5 crianças eram do género feminino e as restantes 47 do género masculino, como se pode ver no gráfico da Figura 2.

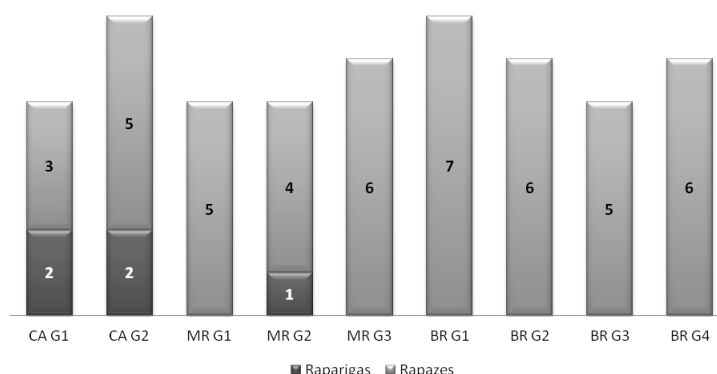


Figura 2: Número de crianças por grupo de intervenção.

Os pressupostos considerados no momento de formação dos grupos foram a idade das crianças, o ano de escolaridade, a disponibilidade e compatibilidade entre horários das crianças e a escola a que pertenciam. Assim, formaram-se quatro grupos de 5 crianças, três grupos de 6 crianças e dois grupos de 7 crianças.

A média de idades por grupo de intervenção encontra-se descrito no gráfico da Figura 3. Na maioria dos grupos, foi possível agrupar as crianças do 1.º e 2.º ano e as de 3.º e 4.º ano de escolaridade, com exceção do grupo 4 da EB1 do Bairro do Restelo.

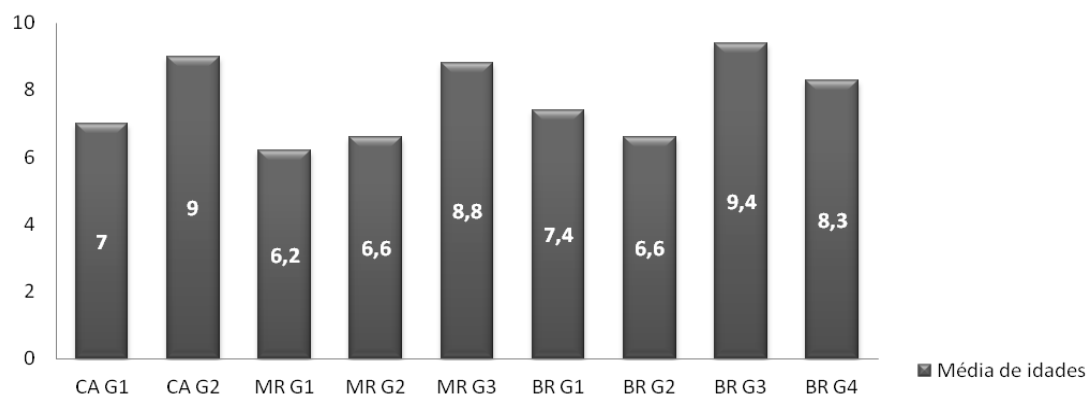


Figura 3: Média de idades por grupo de intervenção.

1.2. Caracterização dos instrumentos

Neste âmbito foram utilizadas as três versões (professores, pais e crianças) do *Strengths and Difficulties Questionnaire* e o *Social Skills Rating Scale*, cujo objetivo foi avaliar, além das competências sociais, as competências académicas das crianças e tentar perceber qual a relação entre estas duas variáveis. Neste último, foi apenas utilizada a versão para professores a aplicar em crianças desde a educação pré-escolar (5 anos) até ao 6.º ano de escolaridade.

→ *Strengths and Difficulties Questionnaire*

O SDQ é um questionário de despistagem que pretende avaliar o ajustamento psicológico, emocional, comportamental e social de crianças e jovens com idades entre os 4 e os 16 anos (Goodman, 1997; Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000). Encontra-se traduzida em mais de 40 idiomas (Goodman, et al., 2000) e em português, denomina-se Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) (Saur & Loureiro, 2012). É composto por 25 itens, divididos em cinco domínios (com cinco itens cada): sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. Apresenta três versões, para serem respondidas pelas crianças (acima de 11 anos), pelos pais ou responsáveis e pelos professores. No contexto do estágio, foram utilizadas as três versões disponíveis.

Trata-se de um instrumento de aplicação rápida e a cotação de cada um dos itens realiza-se mediante uma escala de *likert* de 3 pontos, na qual 0 corresponde a “não é verdade”, 1 a “é um pouco verdade” e 2 “é muito verdade” (Goodman, 1997). A soma de cada escala permite obter uma classificação das crianças em três níveis: normal, limítrofe e anormal. O total de dificuldades calcula-se pela soma das referidas escalas com

exceção da escala comportamentos pró-sociais, podendo variar entre 0 e 40 pontos (Saur & Loureiro, 2012). As diversas versões incluem também um “Suplemento de Impacto”, desenvolvido para obter informações adicionais como a existência de problemas, a cronicidade e o impacto dos mesmos nos outros (Goodman, 1999).

A Tabela 1 apresenta os valores de categorização do SDQ, necessários para a compreensão dos resultados obtidos após a aplicação do instrumento.

Tabela 1: Valores de categorização do SDQ

	Professor			Pais			Criança		
	Normal	Limítrofe	Anormal	Normal	Limítrofe	Anormal	Normal	Limítrofe	Anormal
Sintomas Emocionais	0-4	5	6-10	0-3	4	5-10	0-5	6	7-10
Problemas de Comportamento	0-2	3	4-10	0-2	3	4-10	0-3	4	5-10
Hiperatividade	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Problemas de Relacionamento	0-3	4	5-10	0-2	3	4-10	0-3	4-5	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4
Total de dificuldades	0-11	12-15	16-40	0-13	14-16	17-40	0-15	16-19	20-40

→ *Social Skills Rating Scale (SSRS-k6)*

O SSRS desenvolvido por Gresham e Elliott (1990) é um sistema de avaliação que engloba várias escalas de registro comportamental e de avaliação que pretendem fornecer informações pertinentes para o planeamento e intervenção neste âmbito.

Engloba duas escalas, as habilidades sociais e os problemas de comportamento para avaliar a competência social e uma terceira escala no âmbito da competência académica, no seguimento da sua pertinência nos processos de adaptação e desadaptação social (Lemos & Meneses, 2002). Apesar dos itens destas escalas se centrarem nos comportamentos positivos e competências pró-sociais, também incluem uma avaliação de comportamentos potencialmente problemáticos e da competência académica (Lemos & Meneses, 2002).

Este instrumento pretende uma avaliação com recurso a diversas fontes, tendo por isso três versões (pais, professores e crianças), pelo que pode captar indicadores de competência social em inúmeros contextos e sob diferentes perspetivas. Além disso, as escalas são diferenciadas de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. A versão para pais e professores possui três níveis cada: dos 3 aos 5 anos, crianças da

pré-escola (5 anos) ao 6.º ano de escolaridade e do 7.º ano ao 12.º ano. A versão de autopreenchimento contempla apenas dois níveis: do 3.º ao 6.º ano e do 7.º ao 12.º (Lemos & Meneses, 2002).

A escala das habilidades sociais, analisa comportamentos em três componentes com dez itens cada: cooperação (e.g.: “Segue as instruções do professor”); asserção (e.g.: “Convida os colegas para uma actividade”); e o autocontrolo (e.g.: “Reage de forma adequada à pressão dos colegas”). A escala dos problemas de comportamento engloba três tipos de problemas: problemas externalizados (e.g.: “Luta com os colegas”); problemas internalizados (e.g.: “Isola-se”); e hiperatividade (e.g.: “Distrai-se facilmente”) (Lemos & Meneses, 2002).

O registo é feito em função da frequência dos comportamentos, podendo cotar-se “nunca” (cotação zero), “às vezes” (cotação 1), ou “muitas vezes” (cotação 2). Relativamente à competência académica, a escala faz uma apreciação em relação aos comportamentos académicos ou de aprendizagem ao nível da Língua Portuguesa, Matemática, funcionamento cognitivo global e desempenho académico global, numa escala de cinco pontos na qual “1” corresponde ao nível mais baixo e “5” ao mais elevado (Lemos & Meneses, 2002).

1.3. Contextos de intervenção

As sessões na **EB1 de Caselas** decorreram no ginásio da escola (Figura 4). Este ginásio tinha bancos suecos, um rádio, e vários materiais como colchões, arcos, bolas, cordas, pinos, coletes, entre outros. Todo o material foi colocado à disposição para ser utilizado nas sessões de psicomotricidade.



Figura 4: Fotografias do ginásio da EB1 de Caselas

Na **EB1 Moinhos do Restelo**, o espaço disponibilizado para as sessões foi a sala do Complemento de Apoio à Família (Figura 5).



Figura 5: Fotografias da sala do CAF

As sessões na **EB1 Bairro do Restelo**, ocorreram no ginásio da escola (Figura 6). Este estava bem equipado em termos de recursos materiais disponíveis, incluindo bolas, cordas, arcos, colchões, bancos suecos, pinos, e argolas que se utilizaram nas sessões.



Figura 6: Fotografias do ginásio da EB1 Bairro do Restelo

O restante material utilizado no contexto de intervenção nas escolas foi produzido pela psicomotricista estagiária de acordo com as dinâmicas e atividades planeadas.

1.4. Condições e procedimentos de avaliação

A seleção das crianças partiu dos professores titulares de turma, mediante a apresentação de três ou mais das seguintes características: comportamentos inadequados no contexto escolar, dificuldades de concentração, no relacionamento com os pares, no relacionamento com figuras de autoridade, impulsividade, hiperatividade, agressividade e dificuldades no controlo das emoções.

Numa primeira fase de avaliação, foi preenchido, pelos professores, o SDQ para avaliar a elegibilidade e necessidade de intervenção dessas crianças. Uma vez comprovada a necessidade, seguiu-se a fase de envio do consentimento informado e pedido de autorização aos encarregados de educação e preenchimento do SDQ pelos mesmos.

Após a recolha das respetivas autorizações, foi aplicado um segundo instrumento de

avaliação, SSRS-K6, preenchido pelos professores, e aplicou-se ainda o SDQ às crianças com apoio da psicomotricista estagiária. No final da intervenção foram novamente aplicados todos os instrumentos, o SDQ preenchido pelas crianças, encarregados de educação e professores e o SSRS-K6, preenchido pelos professores, para a comparação dos resultados iniciais com os finais.

1.5. Planeamento anual da intervenção

O planeamento anual da Psicomotricidade na Escola estipulou uma intervenção com duração de 8 meses (outubro-maio). Mediante situações específicas, na sua maioria relacionadas com o contexto escolar, não foram possíveis realizar algumas das sessões planeadas mas foi realizada uma sessão de compensação em cada grupo no mês de Junho. Desta A descrição do planeamento anual para cada grupo de intervenção, encontra-se descrito detalhadamente em seguida.

Planeamento anual da EB1 de Caselas

Durante o período estipulado, estavam previstas para o grupo 1 e 2 da EB1 de Caselas 25 sessões, das quais apenas se realizaram 21, por motivos externos, nomeadamente momentos de avaliação e atividades da escola. Desta forma, realizou-se uma sessão de compensação a 6 de junho para a avaliação final, perfazendo um total de 22 sessões realizadas

Planeamento anual da EB1 Bairro do Restelo

Durante o período estipulado, estavam previstas para o grupo 1 e 4 da EB1 do Bairro do Restelo 25 sessões, das quais realizaram-se 20, no seguimento de motivos externos, nomeadamente momentos de avaliação e atividades da escola e da Junta de Freguesia. Além disso, realizou-se uma sessão de compensação a 3 de Junho para o momento de avaliação final, perfazendo um total de 21 sessões realizadas em ambos os grupos.

Em relação ao grupo 2 da EB1 do Bairro do Restelo, estavam previstas 26 sessões, das quais apenas se realizaram 20, por motivos externos, nomeadamente momentos de avaliação e atividades da escola. Assim, realizou-se uma sessão de compensação a 2 de Junho para a avaliação final, perfazendo um total de 21 sessões realizadas.

Para o grupo 3 da EB1 do Bairro do Restelo, estavam previstas 26 sessões, das quais apenas se realizaram 20, por motivos externos, nomeadamente momentos de avaliação e atividades da escola. Realizou-se uma sessão de compensação a 2 de Junho para a

avaliação final, perfazendo um total de 21 sessões realizadas.

Planeamento anual da EB1 Moinhos do Restelo

Durante o período estipulado, estavam previstas para o grupo 1 e 2 da EB1 dos Moinhos do Restelo 23 sessões, das quais apenas se realizaram 19, por motivos externos, nomeadamente momentos de avaliação e atividades da escola. Desta forma, realizou-se uma sessão de compensação a 7 de Junho para a avaliação final, perfazendo um total de 20 sessões realizadas.

Para o grupo 3 da EB1 dos Moinhos do Restelo estavam previstas 24 sessões, das quais apenas se realizaram 20, por motivos externos, nomeadamente momentos de avaliação e atividades da escola. Assim, realizou-se uma sessão de compensação a 7 de Junho para a avaliação final, perfazendo um total de 21 sessões realizadas.

1.6. Definição de objetivos e estrutura da intervenção

Os objetivos da intervenção foram estruturados em função dos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, na observação informal e na troca de informações com outros técnicos e professores. Mediante a avaliação inicial, as dificuldades apontadas foram transversais às diversas áreas de intervenção analisadas. A análise de resultados será apresentada de forma detalhada mais à frente através da comparação entre o momento inicial e final.

A intervenção na escola centrou-se, de um modo geral, na gestão de problemas e conflitos, no relacionamento com os pares, na autorregulação do comportamento, na promoção da cooperação e trabalho em equipa e na expressão e compreensão dos sentimentos e emoções no próprio e no outro. Pretendeu-se dar resposta às dificuldades das crianças ao nível dos processos simbólicos, da gestão dos processos de atenção, memória e perceção, da regulação comportamental e emocional bem como de outras funções executivas e problemas psicomotores propriamente ditos.

Os objetivos específicos da intervenção em grupo direcionam-se para as características específicas das crianças e para a modificação de determinados comportamentos e atitudes, potenciando a capacidade de resiliência. Assim, os objetivos gerais e específicos encontram-se descritos na Tabela 8.

Tabela 2: Objetivos da Psicomotricidade na Escola

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Promoção de um adequado desenvolvimento social e emocional</i>	Promover a consciência pessoal e social; Promover relações interpessoais saudáveis e adequadas; Estimular a comunicação verbal e não-verbal; Analisar regras sociais em contextos específicos; Estimular a identificação e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas; Estimular a assertividade e regulação do comportamento;
<i>Promoção de um adequado desenvolvimento psicomotor global</i>	Promoção dos fatores psicomotores (tonicidade, equilibração, noção do corpo, estruturação espacial e temporal, praxia global e praxia fina);
<i>Estimulação de funções executivas</i>	Estimular a capacidade de memória; Promover a atenção e concentração nas tarefas;

Com base na literatura analisada no âmbito da promoção de competências socioemocionais, mais especificamente o programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (TCPS) concebido através de um projeto de investigação pela Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO) em 2005/2006 (Canha e Neves, 2005) e o Currículo Europeu para a Resiliência (RESCUR), desenvolvido através de articulação de 5 países europeus, num projeto de três anos (2012-2015), foi elaborado um programa psicomotor de promoção de competências socioemocionais.

O programa intitulado "Flip Flop" foi delineado e estruturado pela psicomotricista estagiária e pela psicomotricista Marília Braga, compreendendo um conjunto de atividades de cariz psicomotor de acordo com os objetivos estabelecidos. Desta forma encontra-se estruturado em três temas centrais:

- Consciência pessoal e social: estimulação do autoconceito, autoestima, autoeficácia, das responsabilidades e de comportamentos morais;
- Comportamento social adequado: estimulação de uma comunicação verbal e não-verbal proativa e assertiva, do estudo de regras sociais em contextos específicos, do reconhecimento de barreiras atitudinais e da manutenção de relações interpessoais adequadas;
- Planeamento e estratégias relacionais: promoção da regulação comportamental, pela compreensão da importância da resolução dos conflitos de forma ajustada e da utilização de estratégias para lidar com a frustração.

Relativamente ao processo de intervenção, cada sessão obedecia a uma estrutura pré-estabelecida com momentos distintos: entrada, diálogo inicial, atividades, retorno à calma e diálogo final. O primeiro momento compreendia a organização do grupo para iniciar a sessão, a recolha de informações e a exposição individual sobre a semana e outros aspetos que as crianças quisessem partilhar, promovendo-se o convívio e a coesão dos elementos do grupo. O momento intermédio, englobava as atividades e dinâmicas planeadas de acordo com os objetivos estabelecidos e o momento de retorno à calma, no qual se dá primazia à relaxação, para que a criança aprenda a escutar e sentir o próprio corpo e atingir um estado de calma e tranquilidade, eliminando as tensões e aprendendo a falar sobre as experiências tónico-emocionais dando-lhes significado. O momento final compreendia a reflexão conjunta sobre as experiências vividas, sensações e sentimentos gerados pelas atividades e a importância das mesmas. E, ainda analisar as aprendizagens retiradas da sessão e sua aplicação no quotidiano e a reflexão comportamental das crianças.

A seguinte tabela apresentada de seguida esquematiza a informação relativa à organização das sessões de psicomotricidade na escola.

Tabela 3: Organização das sessões de psicomotricidade

<i>Momento da Sessão</i>		<i>Objetivo do Momento</i>
Inicial	<i>Entrada</i>	Cumprimento das regras sociais;
	<i>Diálogo Inicial</i>	Perceção dos estados tónico-emocionais das crianças; Estimular a comunicação verbal, partilha de vivências e memória;
Intermédio	<i>Atividades</i>	Promover e potenciar os objetivos estabelecidos; Promover a manutenção das capacidades adquiridas;
	<i>Retorno à calma</i>	Promover a regulação tónica e a descontração muscular; Melhorar a consciência corporal; Desenvolver o controlo respiratório;
Final	<i>Diálogo Final</i>	Melhorar a estruturação espacial e temporal da criança; Promover a expressão emocional e a reflexão; Promover a comunicação verbal e organização do discurso oral; Auto avaliação do comportamento (Reflexão comportamental);
	<i>Saída</i>	Cumprimento das regras sociais;

1.7. Apresentação de resultados

Os resultados da avaliação inicial, obtidos no SDQ pelos professores, encarregados de educação e pelas próprias crianças encontram-se descritos no gráfico seguinte:

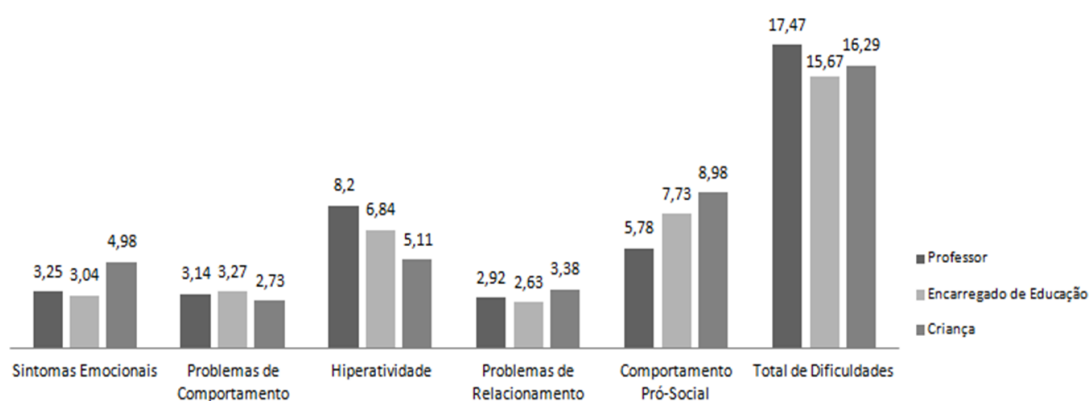


Figura 7: Média inicial da avaliação dos SDQ dos professores, pais e crianças.

Os dados apresentados no gráfico da Figura 7, revelam que o domínio da *Hiperatividade*, segundo os professores e encarregados de educação compreendem valores no nível “anormal”. No domínio dos *Problemas de Comportamento* tanto os professores como os encarregados de educação cotam com valores limítrofes. Ao nível dos *Problemas de Relacionamento*, os encarregados de educação reportam valores no nível limítrofe. Outro domínio que se encontra fora dos valores “normais” é o domínio do *Total de Dificuldades*, em que professores avaliam com valores no nível “anormal” ao passo que as crianças e encarregados de educação atribuem valores “limítrofes”. Após a intervenção, procedeu-se à reavaliação da crianças, pelo que os resultados da análise inicial e final encontram-se descritos de seguida. A primeira análise corresponde aos dados obtidos nos SDQ preenchidos pelos professores.

Tabela 4: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SDQ obtidos na avaliação inicial e final dos professores.

	Média	Desvio-Padrão	t	P
Sintomas Emocionais inicial	3.50	2.510	-2.502	.016
Sintomas Emocionais final	4.57	2.944		
Problemas de Comportamento inicial	3.25	2.304	-3.307	.002
Problemas de Comportamento final	4.27	2.528		
Hiperatividade inicial	8.07	1.822	1.530	.133
Hiperatividade final	7.64	1.844		
Problemas de Relacionamento inicial	3.02	1.577	-1.319	.194
Problemas de Relacionamento final	3.41	2.160		
Comportamento Pró-social inicial	5.80	2.841	-2.741	.009
Comportamento Pró-social final	6.61	2.305		
Total de Dificuldades inicial	17.80	3.455	-2.297	.027
Total de Dificuldades final	19.66	5.922		

A Tabela 4 mostra alterações nos valores do SDQ após a intervenção. O domínio dos *Sintomas Emocionais* passou para o nível "limítrofe" e os *Problemas de Comportamento*, do nível "limítrofe" para o "anormal". Observa-se uma melhoria no domínio da *Hiperatividade e Comportamento Pró-Social* sem, no entanto, ocorrer uma mudança de nível de categorização. Os *Problemas de Relacionamento* mantêm-se no nível "normal". Da análise realizada, observa-se uma melhoria estatisticamente significativa ao nível dos *Comportamentos Pró-Sociais* e um aumento significativo ao nível dos *Sintomas Emocionais*, *Problemas de Comportamento* e *Total de Dificuldades* ($p < .05$).

Pela análise do **Suplemento de Impacto** disponível no SDQ verifica-se um aumento significativo na percepção dos professores sobre o quanto as dificuldades assinaladas incomodam a criança do momento inicial ($M=0,45$; $SD=0,72$) para o momento final ($M=0,92$; $SD=0,75$), $t(37) = -3,17$, $p = .003$. Nos restantes pontos, verifica-se uma tendência de diminuição da percepção do quanto as dificuldades interferem nas relações ou na aprendizagem da criança, entre os dois momentos de avaliação, apesar de não ser estatisticamente significativo.

Em seguida, apresentam-se os resultados obtidos no SDQ preenchidos pelos encarregados de educação.

Tabela 5: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SDQ obtidos na avaliação inicial e final dos encarregados de educação.

	Média	Desvio-Padrão	t	P
Sintomas Emocionais inicial	3.31	2.206	-2.407	.022
Sintomas Emocionais final	4.03	2.376		
Problemas de Comportamento inicial	3.22	1.660	1.615	.116
Problemas de Comportamento final	2.84	1.568		
Hiperatividade inicial	6.41	2.198	.843	.406
Hiperatividade final	6.13	2.091		
Problemas de Relacionamento inicial	3.13	2.379	.077	.939
Problemas de Relacionamento final	3.09	2.692		
Comportamento Pró-social inicial	7.81	1.712	-.839	.408
Comportamento Pró-social final	8.03	1.875		
Total de Dificuldades inicial	16.06	6.20	-.039	.969
Total de Dificuldades final	16.09	6.326		

Pela análise dos dados apresentados na tabela 5 mostra uma evolução positiva nos domínios dos *Problemas do Comportamento* e de *Relacionamento*, embora se mantenham no nível "limítrofe". Nos *Comportamentos Pró-Sociais* verifica-se um ligeiro

aumento sem alteração do nível de categorização. O domínio da *Hiperatividade* sofreu uma diminuição contrariamente aos *Sintomas Emocionais*, passando ambos para o nível "limítrofe". Da análise estatística realizada, apenas a evolução dos *Sintomas Emocionais* é significativa ($p < .05$).

Pela análise do **Suplemento de Impacto** verifica-se um aumento significativo na percepção dos encarregados de educação sobre o quanto as dificuldades assinaladas interferem na aprendizagem da criança do momento inicial ($M=0,81$; $SD=0,74$) para o momento final ($M=1,15$; $SD=0,60$), $t(26) = -2,55$, $p = .017$). Nos restantes pontos, verifica-se uma tendência de aumento da percepção do quanto as dificuldades interferem em casa, nas relações com os amigos ou nas brincadeiras da criança, entre os dois momentos de avaliação, apesar de não serem estatisticamente significativos.

Os resultados obtidos pela avaliação inicial e final das crianças são apresentados de seguida.

Tabela 6: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SDQ obtidos na avaliação inicial e final das crianças.

	Média	Desvio-Padrão	t	p
Sintomas Emocionais inicial	5.12	2.874	1.748	.088
Sintomas Emocionais final	4.41	2.037		
Problemas de Comportamento inicial	2.83	1.716	-.573	.570
Problemas de Comportamento final	3.02	2.162		
Hiperatividade inicial	5.05	2.247	2.100	.042
Hiperatividade final	4.22	2.297		
Problemas de Relacionamento inicial	3.37	1.868	-.402	.690
Problemas de Relacionamento final	3.51	2.521		
Comportamento Pró-social inicial	9.10	1.530	2.524	.016
Comportamento Pró-social final	8.46	1.845		
Total de Dificuldades inicial	16.46	5.505	1.455	.153
Total de Dificuldades final	15.17	7.092		

Pela análise dos dados apresentados na tabela 6, observam-se melhorias nos domínios dos *Sintomas Emocionais*, *Hiperatividade* e *Total de Dificuldades*, enquanto o domínio dos *Problemas de Comportamento* e de *Relacionamento* apresentam piores resultados. No entanto, todos os domínios mantêm-se no nível de categorização da avaliação inicial, com exceção dos *Problemas de Relacionamento* que atingem uma cotação "limítrofe".

Analisando estatisticamente as variações, é significativa a diminuição dos

Comportamentos Pró-Sociais, apesar da manutenção na categorização normal e dos níveis de *Hiperatividade* ($p < .05$).

Pela análise do **Suplemento de Impacto** verifica-se um aumento na auto-percepção do quanto as suas dificuldades incomodam em casa e interferem nas suas brincadeiras. Pelo contrário, referem uma diminuição na interferência na relação com os amigos e na aprendizagem, e acrescentam que as dificuldades têm um menor impacto sobre eles no momento final. Apesar disso, mediante a análise estatística nenhum destes valores é estatisticamente significativo.

Em seguida são apresentados os resultados da escala SSRS-k6 preenchida pelos professores no momento inicial e final da intervenção psicomotora:

Tabela 7: Médias, desvios-padrão e teste para as amostras emparelhadas dos domínios do SSRS-k6 obtidos na avaliação inicial e final dos professores.

	Média	Desvio-Padrão	t	p
Habilidades de Autocontrolo inicial	8.66	4.699	-.154	.878
Habilidades de Autocontrolo final	8.73	3.962		
Habilidades de Cooperação inicial	6.63	4.079	-2.426	.020
Habilidades de Cooperação final	7.49	3.606		
Habilidades de Asserção inicial	10.15	3.902	-.530	.599
Habilidades de Asserção final	10.41	3.937		
Habilidades Sociais inicial	25.20	10.169	-1.237	.223
Habilidades Sociais final	26.56	8.602		
Problemas de Comportamento Internalizantes inicial	7.32	4.607	-.738	.465
Problemas de Comportamento Internalizantes final	7.63	3.942		
Problemas de Comportamento Externalizantes inicial	5.59	2.949	1.283	.207
Problemas de Comportamento Externalizantes final	5.20	3.108		
Hiperatividade inicial	7.12	2.522	-.781	.440
Hiperatividade final	7.32	2.126		
Problemas de Comportamento inicial	20.00	6.971	-.237	.814
Problemas de Comportamento final	20.15	5.242		
Competência Académica inicial	14.34	4.887	-.266	.791
Competência Académica final	14.49	5.963		

A Tabela 7, mostra melhorias ao nível da *Competência Académica* e das *Habilidades Sociais*, nomeadamente no *Autocontrolo*, *Asserção* e *Cooperação*, sendo a última

estatisticamente significativa ($p < .05$). Nos *Problemas de Comportamento* verifica-se uma diminuição dos problemas de carácter externalizante, mas um acréscimo dos de carácter internalizante e da Hiperatividade, mas nenhuma destas variações é significativa ($p > .05$).

Pela análise dos dados obtidos no momento inicial, verificou-se uma relação significativa entre as habilidades sociais e os problemas de comportamento ($r = -0,666$; $p < .001$), e entre as habilidades sociais e a competência académica ($r = 0,419$; $p = .001$). Também no momento final, as habilidades sociais relacionam-se de forma estatisticamente significativa com os problemas de comportamento ($r = -0,553$; $p < .001$) e com a competência académica ($r = 0,421$; $p = .006$).

1.8. Discussão de resultados

Considerando os resultados das avaliações, apresentadas no ponto anterior, procede-se agora à interpretação e discussão dos mesmos, tendo em conta a informação e as observações recolhidas de forma direta e indireta ao longo da intervenção bem como a informação existente na literatura acerca desta problemática.

Analisando a avaliação inicial, denota-se que as crianças cotam com valores bastante superiores o domínio dos *Sintomas Emocionais* relativamente aos professores e encarregados de educação. Este facto poderá ser explicado por se tratar de itens de difícil observação, remetendo para sintomas de carácter internalizante. Pelo contrário, no domínio dos *Problemas de Comportamento*, são as crianças que atribuem valores mais baixos, o que pode estar relacionado com uma subvalorização e/ou não-aceitação das suas dificuldades em reagir adequadamente às situações ou pelo facto do seu comportamento advir de modelos comportamentais dos adultos que as rodeiam, transformando um comportamento desadaptativo em algo comum e normativo na sua vivência. Pelo contrário a visão dos adultos, por vezes, sobrevaloriza determinados comportamentos de maior agitação ou ansiedade, considerando-os como desobediência, desrespeito e oposição.

No domínio da *Hiperatividade* também se verifica uma discrepância nos dados obtidos pois quer para os encarregados de educação, quer para os professores estes encontram-se num nível “anormal” enquanto as crianças o colocam no “normal”. Tal facto pode relacionar-se com a dificuldade na observação comportamento infantil, isto é, torna-se necessário que os avaliadores tenham algum conhecimento e experiência de forma a evitar erros e sobrevalorização de comportamentos, devendo considerar que apesar de revelarem maior agitação psicomotora estes podem ser típicos de determinada fase do

desenvolvimento da criança. Além disso, a observação pode ser condicionada pelo estado emocional e imparcialidade do observador, particularmente influenciados pelo cansaço psicológico e físico decorrente do stress profissional originado pelas condições adversas com que se deparam tanto os professores como os pais (e.g. turmas excessivamente numerosas, carga horária acrescida, situações laborais específicas como a precariedade nas condições de trabalho e dificuldade no acompanhamento parental prestado aos filhos).

No momento de compreender o impacto da intervenção, foram comparados os valores da avaliação inicial com os da avaliação final. Neste processo "perderam-se" as avaliações de algumas crianças por não ter sido possível recolher os questionários de alguns professores e encarregados de educação.

Contudo, elaborando inferências dessa comparação, e através da análise estatística realizada, observaram-se melhorias estatisticamente significativas no domínio dos *Comportamentos Pró-Sociais* segundo os professores e da *Hiperatividade* segundo as crianças ($p < .05$). Estes resultados podem ser justificados pelo trabalho desenvolvido junto dos vários grupos de intervenção em que se promoveram oportunidades para o desenvolvimento de diversas competências socioemocionais.

No entanto, na avaliação dos professores, verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos *Sintomas Emocionais* e dos *Problemas de Comportamento*. Este aspeto pode estar relacionado com uma subvalorização das dificuldades no momento da avaliação inicial ou de algumas dificuldades na observação de alguns itens, uma vez que 26.9% das crianças em intervenção frequentavam o 1.º ano de escolaridade. Tal como referido anteriormente, a avaliação dos Sintomas Emocionais remete para uma observação de sintomas de carácter internalizante que, como indica Borsa, Souza e Bandeira (2011), são mais difíceis de identificar o que dificulta sua perceção pelos que convivem com a criança.

Também a avaliação final dos professores pode refletir o cansaço psicológico e físico decorrente do stress originado por diversas condições adversas com que se depararam ao longo do ano letivo (e.g.: a exigência para lecionar a totalidade dos conteúdos independentemente das dificuldades das crianças, o elevado número de crianças por turma e a heterogeneidade das mesmas). Além disso, salientam-se como possíveis motivos a troca de professores no decorrer do ano letivo e uma aparente desvalorização das avaliações solicitadas e da importância da assiduidade das crianças nas sessões.

Na avaliação inicial do SSRS-k6, os problemas de comportamento de caráter internalizante apresentam valores superiores ao de caráter externalizante, o que vai de encontro a Borsa et al. (2011) refere existir uma maior prevalência de comportamentos internalizantes do que externalizantes. Na análise comparativa dos resultados, verificam-se melhorias ao nível das *Habilidades Sociais*, nomeadamente no *Autocontrolo*, *Asserção* e *Cooperação* e uma diminuição dos problemas de caráter externalizante, tal como no estudo realizado por Elias e Amaral (2016). Também Cró e Andreucci (2014) referem que a utilização de atividades lúdicas potenciam melhorias nas habilidades sociais.

Relativamente às correlações analisadas, os dados obtidos entre as habilidades sociais e a competência académica vão de encontro ao referido por Nicoll (2014), isto é, que as competências socioemocionais e a competência académica relacionam-se e são essenciais na preparação adequada das crianças para assumirem um papel social de êxito no futuro.

2. Intervenção individual

2.1. Apresentação de resultados

Relativamente ao SDQ, os dados obtidos na avaliação inicial revelam que segundo o professor, o domínio dos *Problemas de Comportamento* e *Total de Dificuldades* encontram-se no nível “anormal” e os *Sintomas Emocionais* e *Problemas de Relacionamento* num nível “limítrofe”. O encarregado de educação indica que o domínio da *Hiperatividade* e *Total de Dificuldades* encontram-se num nível “anormal” e cota com valores “limítrofes” os *Problemas de Comportamento*.

Após a intervenção, na avaliação do professor verificou-se uma melhoria na maioria dos domínios apresentados, com exceção do domínio da *Hiperatividade*. Os domínios dos *Sintomas Emocionais* e *Problemas de Relacionamento* passam do nível “limítrofe” para o “normal”. Já os domínios dos *Problemas de Comportamento* e *Total de Dificuldades* tiveram uma evolução positiva embora se mantenham no mesmo nível. Na avaliação do encarregado de educação, com exceção do domínio dos *Problemas de Relacionamento* que mantém o valor da avaliação inicial, os restantes apresentam uma evolução positiva estando a totalidade dos domínios num nível “normal”.

No que respeita ao SSRS-k6, ao nível das *Habilidades Sociais* os valores relativos ao autocontrolo e asserção não mostram qualquer alteração do momento inicial para o final. Ao nível das habilidades de cooperação e *Competência Académica*, a evolução foi

positiva mas mínima. Os valores da *Hiperatividade* e *Problemas de Comportamento de caráter internalizante* aumentaram ligeiramente, contrariamente ao *Problemas de Comportamento de caráter externalizante* que revelam uma diminuição.

2.2. Processo de intervenção

A intervenção psicomotora individual teve início já no decorrer do ano letivo. A criança em questão (PE) é do género masculino com 8 anos de idade e diagnóstico de trissomia 21. Foi sinalizado no início do ano tendo mediante a sua idade e ano de escolaridade (3.º ano) sido inserido no grupo 3 da EB1 Moinhos do Restelo.

No seguimento do processo de avaliação formal, apresentam-se de uma forma geral as dificuldades assinaladas. O PE demonstra algumas preocupações, queixas somáticas e receios em situações novas. Revela dificuldades em obedecer e seguir os pedidos dos adultos, enervando-se facilmente e fazendo algumas birras. Por vezes, zanga-se com facilidade e luta com outras crianças, ameaçando-as e intimidando-as, revelando alguma tendência para o isolamento preferindo brincar sozinho. Perante situações que lhe pareçam injustas, não consegue questionar adequadamente as regras ou os envolvidos. Na interação com os pares, não faz apreciações positivas sobre os colegas. Distrai-se com muita facilidade e por vezes mostra-se inquieto perturbando as atividades.

O PE iniciou o acompanhamento no contexto de grupo, estando presente em sete sessões. Nesse contexto, revelou maioritariamente comportamentos desajustados ao contexto e tarefas efetuadas, com imensas dificuldades em estar sentado corretamente, sendo recorrentes as fugas para debaixo da mesa e para outros espaços da sala e a constante perturbação das tarefas pela dificuldade em ouvir as instruções e os colegas.

Com o decorrer das sessões e tendo em conta que as dinâmicas de grupo não estavam a resultar, não havendo proveito para o PE nem para o grupo, tomou-se a decisão, em conjunto com a professora titular de turma de passá-lo para um contexto de intervenção individual, onde se podia dirigir e treinar competências mais específicas e pertinentes, nomeadamente a adequação de comportamentos aos contextos específicos, o cumprimento de regras, o controlo da agitação motora e impulsividade e a manutenção da atenção e concentração nas tarefas.

No contexto individual, o PE esteve presente em nove sessões. Com a passagem para este contexto, a questão relacionada com as suas posturas na sessão melhorou gradualmente, respeitando as rotinas estabelecidas e cumprindo o que lhe foi pedido.

Revelou algumas dificuldades em seguir as regras apresentadas, sobretudo em situações de necessidade de controlo da agitação motora. Segue as instruções dadas mas com um tempo de atenção curto, desmotiva facilmente das tarefas tentando impor a sua vontade nos jogos preferidos.

A evolução observada foi positiva, verificando-se uma atenuação da impulsividade, melhoria nos períodos de atenção e permanência na tarefa. O PE tornou-se mais motivado e persistente em tarefas de maior complexidade ou de menor interesse para ele, ansiando o sucesso em todas, revelando na maioria das situações boa resistência à frustração em situações de insucesso. Em algumas situações revela dificuldade na compreensão das instruções ou regras das dinâmicas.

3. Atividade “Afetos na Escola”

A atividade “Afetos na Escola” promovida pela Junta de Freguesia de Belém tem sido desenvolvida em contexto escolar de forma a ajudar as crianças a adaptarem-se ao meio envolvente. Pretende contribuir para o desenvolvimento integral das crianças, promovendo competências pessoais e sociais, afetivas e cognitivas pretendendo enriquecer o seu repertório de comportamentos e estratégias de socialização, e dotá-las de instrumentos que lhes permitam lidar com as diferentes situações do quotidiano. Desta forma, objetiva melhorar os relacionamentos interpessoais, facilitar o reconhecimento da opinião do outro, estimular a capacidade de resolução de problemas, promover o autoconhecimento, potenciar a cooperação e trabalho de equipa de forma funcional e divertida num ambiente de respeito, envolvendo os agentes educativos no processo de ajustamento psicológico.

A intervenção teve frequência semanal e duração de uma hora, no contexto de sala de aula, com o apoio da professora titular. A psicomotricista estagiária acompanhou o 2.ºB da EB1 Bairro do Restelo às quintas feiras, entre as 11h30 e as 12h30. As atividades coordenadas e preparadas pela psicóloga foram dinamizadas em conjunto com a psicomotricista estagiária e na presença da professora titular de turma. No total, a psicomotricista estagiária esteve presente em 18 sessões.

De um modo geral, o grupo demonstrou agrado e interesse pelas sessões, visível pela euforia com que recebiam as técnicas e entusiasmo na realização das atividades. No entanto, verificaram-se algumas dificuldades na interação em grupo, surgindo comportamentos desajustados, desrespeito pelas regras, dificuldades no controlo da agitação motora e manutenção da atenção e sobretudo ao nível da comunicação

assertiva e capacidade de ouvir e respeitar os demais. No entanto, com o decorrer das sessões verificaram-se aquisições de competências sociais e emocionais, observadas na modificação gradual de alguns comportamentos das crianças.

Mediante trocas de horário no decorrer do ano letivo, surgiu a oportunidade de acompanhar também o 1.º B da EB1 Moinhos do Restelo, às quartas feiras entre as 15h e as 16h, em contexto de sala de aula. As atividades foram dinamizadas em conjunto com a psicomotricista estagiária e na presença da professora titular de turma. No total, a psicomotricista estagiária esteve presente em 6 sessões, tendo dinamizado algumas atividades. Esta turma revelou imenso agrado e entusiasmo nas sessões, demonstrando, no geral, um comportamento bastante adequado ao contexto e às tarefas. Podem referir-se algumas dificuldades na tolerância à frustração e controlo da agitação motora.

As sessões de Afetos na Escola compreendiam três momentos centrais: a verificação das presenças dos alunos e apresentação da estrutura da sessão; o desenvolvimento das atividades/dinâmicas; e o registo e discussão da avaliação comportamental. As principais estratégias utilizadas foram atividades lúdicas e jogos capazes de promover as competências de atenção, a comunicação verbal e não-verbal, o relacionamento interpessoal, a assertividade e a regulação comportamental, essenciais para a vida escolar e futura dos alunos. O material utilizado pertencia à Junta de Freguesia.

(B) PSICOMOTRICIDADE NA CASA DA FONTE

Neste contexto, a intervenção contemplou sessões em grupo e individuais conforme apresentado de seguida. Inicialmente foi elaborado um projeto de intervenção a apresentar na Casa da Fonte de forma a contextualizar a intervenção psicomotora, nomeadamente a população abrangida, a periodicidade das sessões, os objetivos de intervenção e os procedimentos de avaliação.

1. *Intervenção em grupo*

1.1. Caraterização do grupo

A seleção das crianças para compor os grupos de intervenção foi realizada pela equipa técnica da Casa, com base nas idades, características específicas e dimensão dos grupos. De seguida, foi realizada uma reunião com a orientadora local e a psicomotricista estagiária para a contextualização e discussão das mesmas.

A constituição inicial do grupo 1 teve 4 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos e o grupo 2 englobou 3 elementos com idades entre os 12 e 13 anos.

No entanto, a Casa da Fonte, como Casa de Acolhimento de Emergência, tende a estabelecer uma ponte de passagem para outro tipo de solução mais duradoura, pelo que não existe uma estabilidade e durabilidade na permanência das crianças na mesma, sendo frequentes as entradas e saídas. Desta forma, verificaram-se variações na constituição dos grupos ao longo da intervenção, como podemos verificar na Tabela 8.

Tabela 8: Variações na constituição dos grupos de intervenção

	Constituição inicial	Saídas	Entradas
GRUPO 1	DE, ID, CA e FA	DE, CA e FA	DF e MA
GRUPO 2	SA, DB e JP	JP	

A dimensão dos grupos sofreu pequenas oscilações ao longo da intervenção, onde o mínimo verificado foi de 2 elementos e o máximo de 4. Em média, o grupo 1 teve 4 elementos e o grupo 2 conteve 3, salvo situações pontuais e específicas. No total realizaram-se 24 sessões em cada grupo, nas quais participaram um total de 9 crianças, 5 do género masculino e 4 género feminino. A frequência de participação de cada elemento encontra-se descrita no gráfico da Figura 8, na qual pode verificar-se que somente duas crianças estiveram presentes em todas as sessões, ambas do grupo 2.

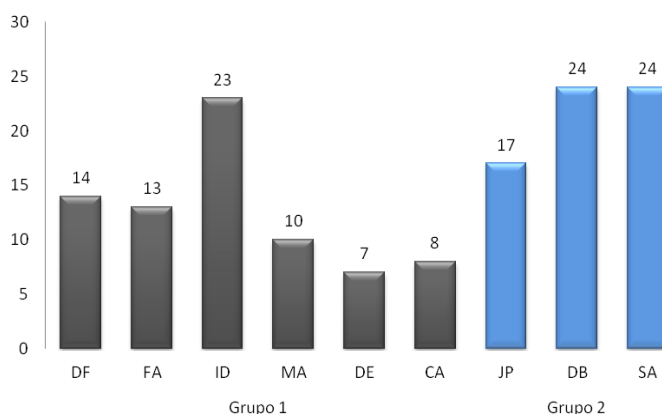


Figura 8: Frequência de participação nas sessões de psicomotricidade

1.2. Caracterização dos instrumentos de avaliação

Neste âmbito de intervenção foram utilizadas as três versões do SDQ, descritas anteriormente, e ainda o *Healthy Kids Resiliency Assessment Module*, preenchido pelas crianças, no sentido de analisar mais detalhadamente a perceção de cada criança da sua capacidade de resiliência.

→ Healthy Kids Resiliency Assessment Module - Version 6.0 (HKRAM)

A escala foi adaptada para a população portuguesa por Martins (2005) e tem como principal objetivo analisar os diversos fatores internos e externos relativos à resiliência. A base teórica deste instrumento foi o modelo de Bernard (1991, 1995), que compreende a resiliência como um processo dinâmico.

Desta forma, avalia os recursos internos, nomeadamente, a cooperação e comunicação, autoeficácia, empatia, resolução de problemas, autoconsciência, objetivos e aspirações de vida, e os recursos externos, isto é, as relações afetivas, expectativas e oportunidades de participação na família, escola, comunidade e grupo de pares. Este instrumento é um questionário de auto resposta com 58 itens e encontra-se organizado em subescalas do tipo Likert de 4 pontos (1- Discordo Totalmente/ Totalmente Falso, 2- Discordo/Um pouco certo, 3 - Concordo/Bastante certo, 4- Concordo Totalmente/ Muito Verdadeiro).

1.3. Contextos de intervenção

As sessões realizaram-se, na sua maioria, na sala das gavetas, tendo também sido utilizada a biblioteca e o pátio exterior da casa, mediante condições climatéricas favoráveis. De seguida apresentam-se fotografias destes espaços.



Figura 9: Espaços de intervenção na Casa da Fonte

Para as dinâmicas e atividades planeadas para as sessões de psicomotricidade, a psicomotricista estagiária construiu a maioria dos materiais e jogos utilizados.

1.4. Condições e procedimentos de avaliação

A avaliação na Casa da Fonte teve início de forma indireta através da observação e interação com as crianças em momentos rotineiros e de brincadeiras livres. Esta observação serviu de base para construir uma apreciação geral do grupo descrita em

dois relatórios de observação geral correspondentes aos dois momentos de observação. De um modo geral, a nível comportamental destaca-se alguma agitação motora mas sobretudo a dificuldade em lidar com a frustração em contexto de jogo, verificando-se alguns comportamentos desadequados e disruptivos. Assim, verifica-se alguma impulsividade nesses momentos tal como dificuldades na resolução de conflitos, o que por vezes resulta em comportamentos agressivos. No entanto, o balanço do contacto inicial foi bastante positivo pois as crianças foram muito recetivas à minha presença e demonstraram bastante vontade em interagir e falar comigo.

No primeiro momento de intervenção, foi elaborado um relatório de observação com uma apreciação inicial mais detalhada de cada criança.

Na avaliação formal, foi aplicado o SDQ, preenchido pelas crianças, educador e professor titular e o HKRAM preenchido pelas crianças, em dois momentos distintos, na entrada e saída de cada criança, independentemente do momento da intervenção. Esta avaliação teve como objetivo providenciar uma base informativa importante para estruturar o programa de intervenção e definir os respetivos objetivos e permitir a comparação pré e pós intervenção.

1.5. Planeamento anual da intervenção

A intervenção na Casa da Fonte teve a duração de 8 meses (outubro-maio), para os quais estavam previstas 26 sessões. No entanto, mediante alterações organizacionais da casa, ocorreu uma alteração nas sessões de grupo de 4.^a para 6.^a feira, levando a uma reformulação do planeamento anual, descrito de seguida (Tabela 9).

Tabela 9: Planeamento anual da intervenção psicomotora na Casa da Fonte

Mês	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
	-	4	2	6	3	2	1	6	3
	-	11	9	13	10	11	8	13	
Dias	-	18	16	20	17	18	15	20	
	28	25	23	27	24	25	22	27	
			30				29		

Legenda:

	Interrupções léticas e feriados
	Sessões complementares
	Sessões realizadas
	Sessões não realizadas

Mediante situações específicas, não foi possível realizar três das sessões planeadas, tendo sido delineada uma sessão de compensação, realizando-se um total de 24 sessões por grupo. Além do apresentado, e conforme disponibilidade de horário, houve a oportunidade de estar presente nas reuniões mensais de equipa da Casa da Fonte.

1.6. Definição de objetivos e estrutura da intervenção

A intervenção na Casa da Fonte centrou-se, de um modo geral, na gestão de conflitos, resolução de problemas de relacionamento com os pares, regulação comportamental, gestão emocional, promoção de sentimentos de entreajuda, cooperação e trabalho em equipa e promoção de comportamentos pró-sociais.

Mediante as primeiras observações comportamentais e feedbacks obtidos e dados recolhidos nas diversas fontes de preenchimento dos instrumentos de avaliação, foram definidos os objetivos gerais e específicos a desenvolver nas sessões de psicomotricidade. O objetivo geral da intervenção passou pela promoção de um adequado desenvolvimento socioemocional das crianças e jovens, mediante o apoio no processo de interação e socialização em grupo, transponível para o contexto escolar e comunidade. Pretendeu-se estimular a capacidade comunicativa, a proatividade, os compromissos e responsabilidades, a expressão de sentimentos, a espontaneidade e criatividade e o desenvolvimento de estratégias de resolução de conflitos e problemas com pares e adultos. Não descurando a atenção na promoção de um adequado desenvolvimento psicomotor global e estimulação de outras funções executivas, nomeadamente a atenção, concentração e memória.

Os objetivos específicos da intervenção em grupo direcionam-se para as características específicas das crianças e jovens bem como para a modificação de determinados comportamentos e atitudes, tentando dar-se resposta às necessidades individuais das mesmas.

Mediante os objetivos estabelecidos delineou-se um planeamento da intervenção, no qual através dos objetivos específicos, definiram-se componentes específicas subdivididas em objetivos de aprendizagem.

Relativamente ao processo de intervenção, foi bastante semelhante ao anteriormente apresentado em relação aos grupos da Psicomotricidade na Escola, pelo que se deve consultar a Tabela 3 (pág.38) como exemplo esquemático da organização das sessões. Cada sessão compreendia igualmente um momento inicial com a entrada das crianças e

diálogo inicial, um momento intermédio com a dinamização das atividades e momentos de relaxação, e um momento final com diálogo final e a saída das crianças.

Além disto, antes e após o início de cada sessão, a psicomotricista estagiária teve oportunidade de acompanhar as crianças nas refeições, trabalhos escolares e nas brincadeiras e atividades que decorriam no interior e/ou exterior da Casa da Fonte.

1.7. Apresentação de resultados

Os resultados da avaliação inicial, obtidos no SDQ pelos professores, educador da Casa da Fonte e pelas próprias crianças encontram-se descritos no gráfico seguinte:

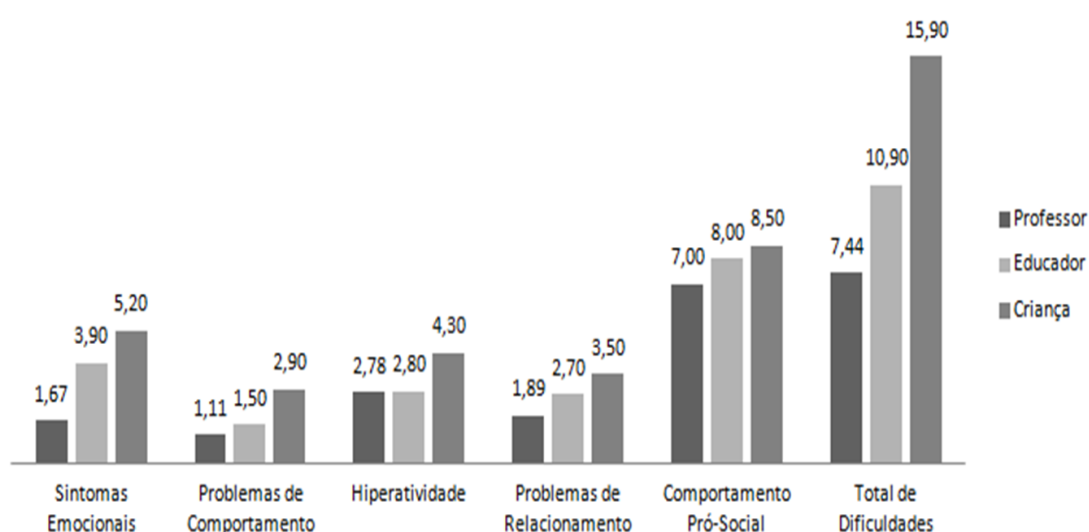


Figura 10: Média inicial das três versões do SDQ

Pela análise dos dados do gráfico da Figura 10 verifica-se que, pela avaliação do educador, o domínio dos *Sintomas Emocionais* e *Problemas de Relacionamento* são as únicas que cotam fora do nível “normal”, ficando pelo “limítrofe”. Para os professores, todos os domínios encontram-se no nível “normal”. Pelas crianças, com exceção do domínio dos *Problemas de Relacionamento* e *Total de Dificuldades* no nível “limítrofe” os restantes estão nos patamares “normais”.

Após a intervenção, procedeu-se à reavaliação da crianças, e os resultados da análise inicial e final encontram-se descritos de seguida.

A primeira análise corresponde aos dados obtidos nos SDQ preenchidos pelos professores.

Tabela 10: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do SDQ e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelos professores.

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	p
Sintomas Emocionais final Sintomas Emocionais inicial	Ordens Negativas	2 ^a	2.00	4.00	-.962	.336
	Ordens Positivas	3 ^b	3.67	11.00		
	Empates	1 ^c				
Problemas de Comportamento final Problemas de Comportamento inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.633	.102
	Ordens Positivas	3 ^b	2.00	6.00		
	Empates	3 ^c				
Hiperatividade final Hiperatividade inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.633	.102
	Ordens Positivas	3 ^b	2.00	6.00		
	Empates	3 ^c				
Problemas de Relacionamento final Problemas de Relacionamento inicial	Ordens Negativas	3 ^a	4.17	12.50	-.425	.671
	Ordens Positivas	3 ^b	2.83	8.50		
	Empates	0 ^c				
Comportamento Pró-Social final Comportamento Pró-Social Final	Ordens Negativas	1 ^a	1.50	1.50	-1.300	.194
	Ordens Positivas	3 ^b	2.83	8.50		
	Empates	1 ^c				
Total de Dificuldades final Total de Dificuldades inicial	Ordens Negativas	2 ^a	2.00	4.00	-1.382	.167
	Ordens Positivas	4 ^b	4.25	17.00		
	Empates	0 ^c				

a. Valores finais < Valores iniciais – Diminuição das dificuldades apresentadas

b. Valores finais > Valores iniciais – Aumento das dificuldades apresentadas

c. Valores finais = Valores iniciais – Manutenção das dificuldades apresentadas

Pela análise dos dados da Tabela 10 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação final e inicial nos domínios analisados ($p > .05$), mas verifica-se uma evolução positiva ao nível dos *Comportamentos Pró-Sociais*.

De seguida apresentam-se os resultados comparativos das avaliações dos dados do SDQ preenchido pelo educador.

Tabela 11: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do SDQ e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelo educador.

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	p
Sintomas Emocionais final Sintomas Emocionais inicial	Ordens Negativas	4 ^a	4.00	16.00	-.351	.726
	Ordens Positivas	3 ^b	4.00	12.00		
	Empates	1 ^c				
Problemas de Comportamento final Problemas de Comportamento inicial	Ordens Negativas	4 ^a	3.38	13.50	-.647	.518
	Ordens Positivas	2 ^b	3.75	7.50		
	Empates	2 ^c				
Hiperatividade final Hiperatividade inicial	Ordens Negativas	4 ^a	3.63	14.50	-.850	.395
	Ordens Positivas	2 ^b	3.25	6.50		
	Empates	2 ^c				

Problemas de Relacionamento final	Ordens Negativas	6 ^a	3.50	21.00		
Problemas de Relacionamento inicial	Ordens Positivas	0 ^b	.00	.00	-2.220	.026
	Empates	2 ^c				
Comportamento Pró-Social final	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00		
Comportamento Pró-Social Final	Ordens Positivas	3 ^b	2.00	6.00	-1.633	.102
	Empates	5 ^c				
Total de Dificuldades final	Ordens Negativas	6 ^a	4.08	24.50		
Total de Dificuldades inicial	Ordens Positivas	1 ^b	3.50	3.50	-1.778	.075
	Empates	1 ^c				

- a. Valores finais < Valores iniciais – Diminuição das dificuldades apresentadas
b. Valores finais > Valores iniciais – Aumento das dificuldades apresentadas
c. Valores finais = Valores iniciais – Manutenção das dificuldades apresentadas

Na tabela 11 verifica-se uma melhoria ao nível dos *Sintomas Emocionais*, *Problemas de Comportamento*, *Hiperatividade*, *Total de Dificuldades*, Comportamentos Pró-Sociais e *Problemas de Relacionamento*, sendo o último estatisticamente significativo ($p<.05$).

De seguida encontram-se os dados obtidos nos SDQ das crianças.

Tabela 12: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do SDQ e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelas crianças.

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	p
Sintomas Emocionais final	Ordens Negativas	3 ^a	2.83	8.50		
Sintomas Emocionais inicial	Ordens Positivas	1 ^b	1.50	1.50	-1.289	.197
	Empates	4 ^c				
Problemas de Comportamento final	Ordens Negativas	7 ^a	4.00	28.00		
Problemas de Comportamento inicial	Ordens Positivas	0 ^b	.00	.00	-2.456	.014
	Empates	1 ^c				
Hiperatividade final	Ordens Negativas	4 ^a	2.50	10.00		
Hiperatividade inicial	Ordens Positivas	0 ^b	.00	.00	-1.841	.066
	Empates	4 ^c				
Problemas de Relacionamento final	Ordens Negativas	3 ^a	3.33	10.00		
Problemas de Relacionamento inicial	Ordens Positivas	2 ^b	2.50	5.00	-0.687	.414
	Empates	3 ^c				
Comportamento Pró-Social final	Ordens Negativas	1 ^a	1.50	1.50		
Comportamento Pró-Social Final	Ordens Positivas	2 ^b	2.25	4.50	-0.816	.414
	Empates	5 ^c				
Total de Dificuldades final	Ordens Negativas	6 ^a	4.42	26.50		
Total de Dificuldades inicial	Ordens Positivas	1 ^b	1.50	1.50	-2.117	.034
	Empates	1 ^c				

- a. Valores finais < Valores iniciais – Diminuição das dificuldades apresentadas
b. Valores finais > Valores iniciais – Aumento das dificuldades apresentadas
c. Valores finais = Valores iniciais – Manutenção das dificuldades apresentadas

Pela análise da Tabela 12 verifica-se uma diminuição estatisticamente significativa dos *Problemas de Comportamento* e *Total de Dificuldades* ($p<.05$). E, uma melhoria nos restantes domínios com a diminuição dos *Sintomas Emocionais*, *Hiperatividade*, *Problemas de Relacionamento* e aumento dos *Comportamentos Pró-Sociais*.

Em seguida são apresentados os resultados do HKRAM, preenchido pelas crianças no momento inicial e final da intervenção psicomotora. Inicialmente apresentam-se os dados relativos aos fatores internos.

Tabela 13: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos fatores internos do HKRAM e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelas crianças.

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	p
Cooperação e Comunicação final Cooperação e Comunicação inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.388	.017
	Ordens Positivas	7 ^b	4.00	28.00		
	Empates	1 ^c				
Autoeficácia final Autoeficácia inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.032	.042
	Ordens Positivas	5 ^b	3.00	15.00		
	Empates	3 ^c				
Empatia final Empatia inicial	Ordens Negativas	2 ^a	1.50	3.00	-1.219	.223
	Ordens Positivas	3 ^b	4.00	12.00		
	Empates	3 ^c				
Resolução de Problemas final Resolução de Problemas inicial	Ordens Negativas	1 ^a	1.00	1.00	-1.786	.074
	Ordens Positivas	4 ^b	3.50	14.00		
	Empates	3 ^c				
Autoconsciência final Autoconsciência Final	Ordens Negativas	2 ^a	1.50	3.00	-1.577	.115
	Ordens Positivas	4 ^b	4.50	18.00		
	Empates	2 ^c				
Objetivos e Aspirações Futuras final Objetivos e Aspirações Futuras inicial	Ordens Negativas	1 ^a	4.50	4.50	1.265	.206
	Ordens Positivas	5 ^b	3.30	16.50		
	Empates	2 ^c				

- a. Valores finais < Valores iniciais – Diminuição dos fatores internos
- b. Valores finais > Valores iniciais – Aumento dos fatores internos
- c. Valores finais = Valores iniciais – Manutenção dos fatores internos

Pela análise da Tabela 13 verifica-se uma evolução positiva em todos os domínios apresentados, sendo que ao nível da *Cooperação*, *Comunicação* e *Autoeficácia* foram estatisticamente significativos ($p<.05$).

De seguida apresentam-se os dados relativos aos fatores externos do HKRAM em contextos distintos: Instituição (I), Escola (E), Comunidade (C) e Grupo de Pares (P).

Tabela 14: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos fatores externos do HKRAM e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final pelas crianças.

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	p
I_ Relações Afetivas final I_ Relações Afetivas inicial	Ordens Negativas	1 ^a	1.50	1.50	-1.656	.098
	Ordens Positivas	4 ^b	3.38	13.50		
	Empates	3 ^c				
I_ Expectativas Elevadas final I_ Expectativas Elevadas inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.041	.041
	Ordens Positivas	5 ^b	3.00	15.00		
	Empates	3 ^c				
I_ Participação Significativa final I_ Participação Significativa inicial	Ordens Negativas	1 ^a	3.00	3.00	-1.590	.112
	Ordens Positivas	5 ^b	3.60	18.00		
	Empates	2 ^c				
E_ Relações Afetivas final E_ Relações Afetivas inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.401	.016
	Ordens Positivas	7 ^b	4.00	28.00		
	Empates	1 ^c				
E_ Expectativas Elevadas final E_ Expectativas Elevadas inicial	Ordens Negativas	1 ^a	1.00	1.00	-1.769	.077
	Ordens Positivas	4 ^b	3.50	14.00		
	Empates	3 ^c				
E_ Participação Significativa final E_ Participação Significativa inicial	Ordens Negativas	1 ^a	2.00	2.00	-1.511	.131
	Ordens Positivas	4 ^b	3.25	13.00		
	Empates	3 ^c				
P_ Relações Afetivas final P_ Relações Afetivas inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.207	.027
	Ordens Positivas	6 ^b	3.50	21.00		
	Empates	2 ^c				
P_ Expectativas Elevadas final P_ Expectativas Elevadas inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.226	.026
	Ordens Positivas	6 ^b	3.50	21.00		
	Empates	2 ^c				
C_ Relações Afetivas final C_ Relações Afetivas inicial	Ordens Negativas	1 ^a	1.00	1.00	-2.020	.043
	Ordens Positivas	5 ^b	4.00	20.00		
	Empates	2 ^c				
C_ Expectativas Elevadas final C_ Expectativas Elevadas inicial	Ordens Negativas	1 ^a	1.00	1.00	-2.049	.040
	Ordens Positivas	5 ^b	4.00	20.00		
	Empates	2 ^c				
C_ Participação Significativa final C_ Participação Significativa inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.214	.027
	Ordens Positivas	6 ^b	3.50	21.00		
	Empates	2 ^c				

a. Valores finais < Valores iniciais – Diminuição dos fatores externos

b. Valores finais > Valores iniciais – Aumento dos fatores externos

c. Valores finais = Valores iniciais – Manutenção dos fatores externos

Analisando a Tabela 14, verifica-se que no contexto da Casa da Fonte (I) os dados relativos às *Relações Afetivas*, *Participação Significativa* e *Expectativas Elevadas* sofreram uma evolução positiva, sendo a última estatisticamente significativa ($p<.05$). No

contexto escolar (E), o aumento no domínio das *Relações Afetivas* é estatisticamente significativo ($p < .05$). Em relação ao grupo de pares (P) e à comunidade (C), a evolução positiva nos domínios das *Relações Afetivas*, *Participação Significativa* e *Expectativas Elevadas* revelam-se estatisticamente significativos ($p < .05$).

1.8. Discussão de resultados

Quando comparados os valores da avaliação inicial realizada pelos professores, educador e crianças, no domínio dos *Sintomas Emocionais*, as crianças e professores avaliaram no nível "normal" enquanto o educador atribui valores no nível "limítrofe". No domínio dos *Problemas de Comportamento*, *Hiperatividade* e *Comportamento Pró-Social*, todos os avaliadores cotaram no nível "normal". Na escala dos *Problemas de Relacionamento*, o educador e as crianças avaliam no nível "limítrofe".

A avaliação inicial das crianças aponta, nos domínios avaliados, valores superiores em relação aos educadores e professores. Este aspeto pode estar relacionado com a análise que a criança faz da sua situação atual, o que em função da institucionalização, por vezes pode ser desajustada. Em alguns casos, as crianças culpabilizam-se pela situação em que se encontram e por isso valorizam determinados comportamentos como desajustados ou disruptivos. No entanto, determinados comportamentos podem resultar da dificuldade em adaptar-se a um ambiente e realidade completamente nova e diferente como refere Andrade et al. (2014). Por outro lado, podem desvalorizar algumas atitudes e comportamentos em função da imagem que pretendem transmitir ao adulto.

Em relação à avaliação dos professores e educador, os dados iniciais podem estar "enviesados" uma vez que, em algumas situações, a avaliação inicial é efetuada pouco tempo após a entrada das crianças na instituição, o que pode influenciar este processo pela falta de informação e/ou relação com a criança ou até mesmo pela própria fase de adaptação em que a criança se encontra. O mesmo pode verificar-se no contexto escolar na avaliação dos professores.

Especificamente no domínio dos *Sintomas Emocionais* foi colocado no nível "limítrofe" pelo educador e professor e no "normal" pelas crianças. Este facto poderá ser explicado por se tratar de itens de difícil observação, remetendo para sintomas de carácter internalizante. Desta forma, e essencialmente na avaliação do educador, o conhecimento e experiência do observador pode ter influência na constatação de determinadas características ou reações específicas.

No momento de analisar o impacto da intervenção, foram comparados os valores da avaliação inicial com os da avaliação final. Pelo caráter imprevisível da permanência da criança na instituição, não foi possível recolher as avaliações finais de todas as crianças.

De um modo geral, verifica-se uma evolução positiva na maioria dos domínios apresentados. Desta forma, elaborando inferências dessa comparação, e através da análise estatística realizada, observaram-se melhorias estatisticamente significativas no domínio dos *Problemas de Relacionamento* segundo o educador e dos *Problemas de Comportamento* e *Total de Dificuldades* segundo as crianças ($p < .05$). Estes resultados podem ser justificados pelo trabalho desenvolvido junto dos vários grupos de intervenção em que se promoveram oportunidades para desenvolver estratégias de *coping*, gestão de conflitos entre pares, bem como para melhorar as habilidades de comunicação, autocontrolo e expressão dos sentimentos. A diminuição dos *Problemas de Relacionamento* vai de encontro ao apresentado por Fernández (2007), Alves e Bianchi (2010), Maldonato et. al (2014) e Pimentel (2015) que indicam que as atividades psicomotoras favorecem a interação e os relacionamentos interpessoais.

Na análise comparativa dos dados obtidos no HKRAM, a evolução geral dos fatores internos foi positiva. Pela análise realizada, ao nível da *Cooperação*, *Comunicação* e *Autoeficácia* foram estatisticamente significativos ($p < .05$). Estes resultados podem ser justificados pelo trabalho desenvolvido junto dos grupos de intervenção nos quais se promoveram diversas situações para estimular a capacidade comunicativa, a interação adequada com os pares, a capacidade de resolução de conflitos bem como a autoconfiança e autoeficácia. A utilização de atividades psicomotoras para a promoção destas competências socioemocionais foi apontada por diversos autores (Cró & Andreucci, 2014; Alves, 2007; Corona & Peralta, 2011; Fernández, 2007; Madrona et al., 2012; Leme et al., 2016; Alves & Bianchin, 2010).

Em relação ao fatores externos, verifica-se que no contexto da Casa da Fonte (I) os dados relativos às *Relações Afetivas*, *Participação Significativa* e *Expectativas Elevadas* sofreram uma evolução positiva, sendo a última estatisticamente significativa ($p < .05$). No contexto escolar (E), o aumento no domínio das *Relações Afetivas* é estatisticamente significativo ($p < .05$). Em relação ao grupo de pares (P) e à comunidade (C), a evolução positiva nos domínios das *Relações Afetivas*, *Participação Significativa* e *Expectativas Elevadas* revelam-se estatisticamente significativos ($p < .05$). Esta evolução pode relacionar-se com uma maior estabilidade emocional da criança, o que lhe permite estabelecer relações mais adequadas e de confiança com os pares e adultos, refletir de

forma otimista em relação ao seu futuro e à situação de acolhimento como refere Marzol et al. (2012) e Strolin-Goltzman et al. (2010).

2. Intervenção individual

No seguimento do aumento do tempo relativo à intervenção na Casa da Fonte, destinou-se um dos dias para intervenções individuais e foram acompanhados quatro casos. Apesar de esta não ser uma modalidade de intervenção desenvolvida nos estágios curriculares anteriores, a psicomotricista estagiária e a orientadora local acharam pertinente, de forma a dar respostas mais direcionadas e específicas para determinadas crianças.

Em todos os casos, a avaliação teve início de forma indireta através da observação no dia-a-dia da Casa da Fonte, nomeadamente nos momentos livres, de realização de trabalhos escolares, refeições e rotinas diárias. Esta observação serviu de base para construir uma apreciação inicial, que consta na anamnese de cada criança. A avaliação formal, tal como na intervenção em grupo, teve por base as três versões do SDQ (criança, educador e professor titular) e o HKRAM preenchido somente pelas crianças.

Com base nas informações recolhidas nas anamneses e avaliações efetuadas, delinearam-se os Projetos de Intervenção Pedagógico-terapêuticos, que incluem o perfil intraindividual de cada criança, salientando-se as suas áreas fortes e menos fortes. De acordo com esse perfil definiu-se os objetivos de intervenção e o planeamento da mesma. Este planeamento bem como as principais metodologias aplicadas constam também nos projetos referidos anteriormente.

Relativamente à intervenção propriamente dita, as sessões realizaram-se, na sua maioria, na sala das gavetas, sala de leitura e no pátio exterior da casa, de acordo com a disponibilidade de espaço e atividades delineadas.

Quanto ao processo de intervenção, foi bastante semelhante ao anteriormente apresentado em relação aos grupos da Psicomotricidade na Escola e na Casa da Fonte. Cada sessão compreendia igualmente um momento inicial com a chamada e entrada da criança e diálogo inicial, um momento intermédio com as atividades e momentos de relaxação, e um momento final com o diálogo final e saída da criança. Além disto, a psicomotricista estagiária teve oportunidade de acompanhar as crianças em diversos momentos, nomeadamente estudo e trabalhos escolares e nas brincadeiras e atividades que decorriam no interior e/ou exterior da Casa da Fonte.

A informação detalhada relativa ao processo de intervenção de cada criança encontra-se num relatório de intervenção psicomotora final, elaborado para integrar o seu processo individual.

2.1. Caso n.º1 - DI

2.1.1. Apresentação de resultados

Os dados da avaliação inicial revelam que, de acordo com as três fontes, os domínios dos *Problemas de Comportamento*, *Hiperatividade*, *Problemas de Relacionamento* e *Total de Dificuldades* encontram-se no nível “anormal”. O domínio dos *Sintomas Emocionais* segundo o professor e educador encontra-se no nível “normal” mas a criança cota com valores no nível “anormal”. Ao nível do *Comportamento Pró-Social* o professor e a criança indicam valores no nível “normal” e o educador no nível “limítrofe”.

A comparação entre a avaliação inicial e final do SDQ não compreende os dados relativos ao professor, uma vez que o DI mudou de escola durante o período final de intervenção e não foi possível obter esses dados. Na avaliação do educador, o domínio da *Hiperatividade* passou do nível “anormal” para o “limítrofe” e os *Comportamentos Pró-Sociais* do nível “limítrofe” para o “normal”. Os *Sintomas Emocionais* sofreram um ligeiro aumento passando a estar no nível “limítrofe”. Observa-se uma melhoria nos restantes domínios sem no entanto ocorrer uma mudança de nível de categorização.

No âmbito do HKRAM, na avaliação dos fatores internos verifica-se uma manutenção dos valores da *autoeficácia*, *empatia*, *resolução de problemas* e *autoconsciência* e melhorias nos domínios da *comunicação e cooperação* e *objetivos e aspirações futuras*. Em relação aos fatores externos, verifica-se uma evolução positiva nas *relações afetivas*, *expectativas* e *oportunidades de participação* na instituição, escola e grupo de pares. Na comunidade os valores das relações afetivas e expectativas diminuíram ligeiramente mas as oportunidades de participação aumentaram.

A primeira criança sinalizada é do género masculino com 11 anos de idade, acolhida na Casa da Fonte há cerca de 3 meses aquando do início da intervenção. O DI foi referenciado para a intervenção devido à sua imaturidade emocional, incapacidade de gestão das emoções e comportamentos, dificuldades acentuadas na interação com os pares e no controlo de impulsos agressivos e ainda baixa tolerância à frustração.

No seguimento do processo de avaliação formal, apresentam-se de uma forma geral as dificuldades assinaladas em todos os contextos. No âmbito do SDQ preenchido pela

professora e educadora da Casa da Fonte, foi apontado que o DI manifesta algumas preocupações, medos, receios ou inseguranças em situações novas e, por vezes, anda triste, desanimado ou choroso. Foi mencionada uma elevada dificuldade em lidar com determinadas situações, enervando-se e fazendo muitas birras bem como a existência de diversos conflitos com os pares. Habitualmente obedece aos adultos mas, por vezes, mente ou engana os outros. Também foram apontadas dificuldades no controlo da impulsividade e agitação motora e na manutenção da atenção. No relacionamento com os pares foram indicadas inúmeras dificuldades, verificando-se algum isolamento e maior facilidade de interação com os adultos. No preenchimento pelo próprio, reforçam-se as dificuldades apresentadas, por vezes com gravidade acentuada. No que respeita ao HKRAM, o DI indica que na escola não participa em atividades extracurriculares nem em atividades interessantes e que sente que os professores não tratam os alunos com justiça. Refere essa não participação também no contexto externo à escola e à Casa da Fonte. Na Casa da Fonte refere que não faz coisas divertidas nem vai a locais com os educadores, que não ajuda na tomada de decisões nem faz coisas para melhorar a vida dos outros. Aponta que não é capaz de trabalhar com alguém cujas opiniões sejam diferentes das suas, que não consegue defender os seus direitos sem ofender os outros, que não tem nenhum amigo que se preocupe realmente consigo e que, por vezes, não compreende porque faz o que faz. Também indica bastantes incertezas na sua capacidade para terminar o secundário.

2.1.2. Processo de intervenção

A primeira criança sinalizada é do género masculino com 11 anos de idade, residente na Casa da Fonte há cerca de 3 meses aquando do início da intervenção. O DI foi referenciado para a intervenção devido à sua imaturidade emocional, incapacidade de gestão das emoções e comportamentos, dificuldades acentuadas na interação com os pares e no controlo de impulsos agressivos e ainda baixa tolerância à frustração.

No seguimento do processo de avaliação formal, apresentam-se de uma forma geral as dificuldades assinaladas em todos os contextos. No âmbito do SDQ preenchido pela professora e educadora da Casa da Fonte, foi apontado que o DI manifesta algumas preocupações, medos, receios ou inseguranças em situações novas e, por vezes, anda triste, desanimado ou choroso. Foi mencionada uma elevada dificuldade em lidar com determinadas situações, enervando-se e fazendo muitas birras bem como a existência de diversos conflitos com os pares. Habitualmente obedece aos adultos mas, por vezes, mente ou engana os outros. Também foram apontadas dificuldades no controlo da

impulsividade e agitação motora e na manutenção da atenção. No relacionamento com os pares foram indicadas inúmeras dificuldades, verificando-se algum isolamento e maior facilidade de interação com os adultos. No preenchimento pelo próprio, reforçam-se as dificuldades apresentadas, por vezes com gravidade acentuada. No que respeita ao HKRAM, o DI indica que na escola não participa em atividades extracurriculares nem em atividades interessantes e que sente que os professores não tratam os alunos com justiça. Refere essa não participação também no contexto externo à escola e à Casa da Fonte. Na Casa da Fonte refere que não faz coisas divertidas nem vai a locais com os educadores, que não ajuda na tomada de decisões nem faz coisas para melhorar a vida dos outros. Aponta que não é capaz de trabalhar com alguém cujas opiniões sejam diferentes das suas, que não consegue defender os seus direitos sem ofender os outros, que não tem nenhum amigo que se preocupe realmente consigo e que, por vezes, não compreende porque faz o que faz. Também indica bastantes incertezas na sua capacidade para terminar o secundário.

O DI iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade a 26 de outubro de 2015 e terminou a 30 de maio de 2016. Durante este período, estavam previstas 26 sessões, das quais apenas se realizaram 24, por motivos de saúde da psicomotricista estagiária e de uma consulta médica do DI. Assim, realizou-se uma sessão de compensação a 6 de Junho para a avaliação final, perfazendo um total de 25 sessões.

Ao longo do processo de intervenção psicomotora, o DI esteve sempre participativo, cooperante, entusiasmado e motivado com as atividades apresentadas e demonstrou uma boa interação e disponibilidade na relação com a técnica. De um modo geral, o seu comportamento foi adequado ao contexto e às atividades realizadas. Com o decorrer das sessões, observaram-se ligeiras melhorias em algumas das dificuldades apresentadas, inclusive a capacidade de manutenção da atenção e permanência nas tarefas e na regulação comportamental mediante situações de frustração e, reduziu a impulsividade e agitação nos tempos de espera (e.g.: mexer no material, interromper), melhorando a capacidade de escuta ativa.

No que respeita à comunicação, demonstrou disponibilidade e interesse na partilha de vivências pessoais ou sentimentos com alguma dificuldade na argumentação e justificação de opiniões. Por vezes, demonstrou ser um pouco manipulador, invertendo ou ocultando determinados aspetos de forma de obter o que pretendia. Apesar desta evolução positiva ainda é possível observar uma grande imaturidade, sendo o treino comportamental essencial para a obtenção de um maior controlo, gestão e consciência

de respostas mais ajustadas para determinadas situações de conflito ou ansiogénicas e para o domínio de estratégias de *coping* de forma a adquirir competências para o estabelecimento de relações adequadas com os pares e adultos.

2.2. Caso n.º2 - ID

2.2.1. Apresentação de resultados

Relativamente ao SDQ, os dados obtidos na avaliação inicial revelam que, de acordo com o professor, o domínio dos *Comportamentos Pró-Sociais* é o único fora dos padrões de normalidade, com cotações no nível “limítrofe”. No entanto refere nos comentários algumas dificuldades em aceitar as normas e que quando contrariado nem sempre reage adequadamente. O educador aponta o domínio dos *Sintomas Emocionais* e dos *Problemas de Relacionamento* num nível “limítrofe”. Já a criança indica que os *Sintomas Emocionais* encontram-se num nível “anormal” e os domínios da *Hiperatividade*, *Problemas de Relacionamento* e *Total de Dificuldades* num nível “limítrofe”.

Após a intervenção, na avaliação dos professores, o domínio dos *Comportamentos Pró-Sociais* evoluiu positivamente passando para o nível “normal”. Os restantes domínios, apesar de sofrerem pequenas oscilações nos valores, mantiveram-se dentro dos padrões de normalidade. Em relação à avaliação do educador, verifica-se uma melhoria em todos os domínios apresentados e o domínio dos *Sintomas Emocionais* e dos *Problemas de Relacionamento* passaram do nível “limítrofe” para o “normal”. Os dados da autoavaliação indicam melhorias em todos os domínios apresentados, sendo que os apontados inicialmente no nível “anormal” e “limítrofe” são cotados com valores normais.

No âmbito do HKRAM, na avaliação dos fatores internos verifica-se uma manutenção dos valores da comunicação e cooperação, *resolução de problemas*, *autoconsciência* e *objetivos e aspirações futuras*, melhorias no domínio da *autoeficácia* e um decréscimo mínimo na *empatia*. Em relação aos fatores externos, verifica-se uma evolução positiva nas *relações afetivas*, *expectativas* e *oportunidades de participação* na escola, comunidade e grupo de pares. Na instituição verifica-se uma manutenção nos valores das relações afetivas, um ligeiro aumento ao nível das expectativas e uma diminuição das oportunidades de participação.

2.2.2. Processo de intervenção

A segunda criança sinalizada é do género masculino com 7 anos de idade, residente na Casa da Fonte há cerca de 8 meses aquando do início da intervenção. O ID foi

referenciado para a intervenção psicomotora devido à sua grande fragilidade emocional, baixa autoestima e insegurança em si próprio, dificuldades em afirmar-se perante os outros, e ainda baixa tolerância à frustração.

Mediante o processo de avaliação formal, apresentam-se de um modo geral as dificuldades assinaladas em todos os contextos. No âmbito do SDQ pelo professor e educador, foi apontado que o ID por vezes, tem alguma dificuldade em lidar com determinadas situações, enervando-se e fazendo algumas birras bem como a manifestação de algumas preocupações, medos e receios ou inseguranças em situações novas. Salienta-se ainda a existência de alguns comportamentos impulsivos pois não pensa nas coisas antes de as fazer e ligeiras dificuldades ao nível da atenção e concentração. No autopreenchimento, reforçam-se as dificuldades apresentadas, indicando também alguma dificuldade no controlo da agitação motora. No que respeita ao HKRAM, o ID apontou que fora da escola e da Casa da Fonte não tem ninguém que lhe diga quando faz bem as coisas ou que se apercebe quando está aborrecido.

O ID iniciou o acompanhamento individual em Psicomotricidade a 26 de outubro de 2015 e terminou a 30 de maio de 2016. Durante este período, estavam previstas 26 sessões, das quais apenas se realizaram 25, por motivos de saúde da psicomotricista estagiária. Desta forma, realizou-se uma sessão de compensação a 6 de junho para a avaliação final, perfazendo o total de sessões previstas

Ao longo da intervenção, o ID esteve sempre participativo, cooperante e interessado nas dinâmicas da sessão e na relação com a técnica. De um modo geral, o seu comportamento foi adequado ao contexto e às atividades apresentadas.

Com o decorrer das sessões, observaram-se ligeiras melhorias em algumas das dificuldades apresentadas, inclusive ao nível da autoconfiança e autoestima. Desta forma, verificou-se uma melhoria na apresentação e discussão de ideias de forma proativa e assertiva bem como na capacidade de lidar com respostas negativas, demonstrando ligeiros avanços na capacidade de lidar com a frustração. Apresentou-se cada vez mais desinibido e opinativo com comunicação mais frequente e expressiva, demonstrando uma maior capacidade de iniciativa na realização das tarefas e partilha de opiniões. Relativamente à manutenção da atenção necessita de um reforço constante para não perder o foco das tarefas sobretudo em atividades de menor interesse ou de maior exigência cognitiva. No entanto, a sua persistência e motivação evoluiu gradualmente nas sessões. Além disso, revelou melhorias na capacidade de análise dos

seus comportamentos, atitudes e ações, conseguindo apontar as suas características e ser realista em relação aos seus fracassos e aspetos a melhorar.

De um modo geral, verificou-se uma evolução ao nível da autoeficácia, comunicação verbal e expressão corporal, autoconfiança e proatividade, importantes para maximizar o seu potencial individual de desenvolvimento e a sua adaptação ao meio escolar e social.

2.3. Caso n.º3 - DE

2.3.1. Apresentação de resultados

No seguimento do curto período de intervenção e da rapidez de transição da criança não foi possível proceder à avaliação final, pelo que os dados apresentados reportam unicamente ao momento inicial.

Relativamente ao SDQ, de acordo com o professor, o domínio dos *Comportamentos Pró-Sociais* é o único fora dos padrões de normalidade, com cotação no nível “anormal”. O educador e a criança apontam o domínio dos *Problemas de Relacionamento* no nível “limítrofe” e “anormal”, respetivamente.

No âmbito do HKRAM, na avaliação dos fatores internos aponta como mais problemáticos os domínios da *autoeficácia*, *resolução de problemas* e *objetivos e aspirações futuras*, com valores abaixo da média. Os restantes domínios não apresentam valores muito superiores aos anteriores. Em relação aos fatores externos, os valores mais baixos reportam às *relações afetivas* e *expectativas* no grupo de pares. Na instituição e escola reporta uma cotação inferior nas *oportunidades de participação*.

2.3.2. Processo de intervenção

A terceira criança sinalizada é do género masculino com 11 anos de idade, acolhida na Casa da Fonte há cerca de 2 meses aquando do início da intervenção. O DE foi referenciado devido à sua grande fragilidade emocional, baixa autoestima e insegurança em si próprio, dificuldade em interagir com os pares e afirmar-se perante grupo, manifestando uma tendência para o isolamento.

No seguimento do processo de avaliação formal, apresentam-se de uma forma geral as dificuldades assinaladas em todos os contextos. No âmbito do preenchimento dos SDQ verificam-se dificuldades ao nível dos relacionamentos com os colegas e do comportamento pró-social. São apontadas dificuldades na partilha, isolamento em

relação aos outros e, também dificuldades na atenção e concentração. Ao nível do autoquestionário, salienta dificuldades elevadas ao nível do relacionamento com os pares, apontando que se dá melhor com os adultos do que com as crianças da sua idade. Quanto ao HKRAM, o DE aponta dificuldades ao nível da autoeficácia referindo que não há muitas coisas que faça bem nem considera ser capaz de resolver os seus problemas, indicando que não fala com outra pessoa acerca dos mesmos. Refere que não compreende a sua maneira de ser nem os seus sentimentos e que não consegue defender os seus direitos sem ofender os outros. No que respeita às relações afetivas com os pares, refere não ter um amigo da sua idade que realmente se preocupe com ele ou que fale consigo acerca dos seus problemas. Quanto às aspirações futuras, indica não ter planos nem objetivos para o seu futuro.

O DE iniciou o acompanhamento individual em Psicomotricidade a 2 de novembro de 2015 e terminou a 14 de dezembro de 2015, no seguimento da sua saída da Casa da Fonte. Durante este período realizaram-se 7 sessões individuais e os respetivos planos e relatórios de sessão encontram-se anexados em suporte digital.

Ao longo da intervenção, o comportamento do DE foi adequado ao contexto e às atividades apresentadas. Na fase inicial, no trabalho ao nível da consciência pessoal, evidenciou-se uma enorme dificuldade em refletir acerca das suas características, em especial na indicação de aspetos positivos sobre de si. Assim, desvaloriza-se ao máximo, não sendo capaz de indicar coisas em que é bom ou tarefas que execute de forma adequada. Revelou um autoconceito desajustado e consequentemente uma autoestima muito baixa, verificando-se uma enorme insegurança acerca de si mesmo. Na realização das tarefas, desmotiva muito facilmente dizendo constantemente que não consegue, sem sequer tentar. Outro aspeto a salientar é o facto de ele não conseguir analisar as suas ações e atitudes, sobrevalorizando sempre tudo pela negativa. Nas avaliações do comportamento teve imensas dificuldades em realizar uma análise coerente acerca do mesmo na sessão.

2.4. Caso n.º4 - MA

2.4.1. Apresentação de resultados

Relativamente ao SDQ, os dados obtidos não incluem a versão do professor, uma vez que, o início da intervenção coincidiu com o ingresso na escola. Na avaliação inicial, o educador coloca o domínio dos *Sintomas Emocionais*, *Comportamentos Pró-Sociais* e *Total de Dificuldades* num nível “limítrofe”, ao passo que os domínios dos *Problemas de*

Comportamento e de Relacionamento no nível “anormal”. Pela avaliação da criança, os domínios dos *Problemas de Relacionamento* e *Total de Dificuldades* cotam no nível “limítrofe” e os *Sintomas Emocionais* num nível “anormal”.

Após a intervenção, para o educador, o domínio da Hiperatividade sofreu um ligeiro aumento sem no entanto se verificar uma alteração na categorização “normal”. Nos domínios *Sintomas Emocionais*, *Comportamentos Pró-Sociais* e *Total de Dificuldades* bem como os *Problemas de Comportamento e de Relacionamento* cotados inicialmente num nível “limítrofe” e “anormal”, respetivamente, sofreram uma evolução positiva ficando num nível “normal”. Na avaliação da criança, os domínios dos *Problemas de Relacionamento* e *Total de Dificuldades* passaram do nível “limítrofe” para “normal” e os *Sintomas Emocionais* sofrem uma evolução ainda mais positiva e passam do nível “anormal” para o “normal”.

No HKRAM, na avaliação dos fatores internos verifica-se uma manutenção dos valores relativos à *empatia* e melhorias no âmbito da *comunicação e cooperação*, *autoeficácia*, *resolução de problemas*, *autoconsciência* e *objetivos e aspirações futuras*. Nos fatores externos, verifica-se uma evolução positiva nas *relações afetivas*, *expectativas* e *oportunidades de participação* na instituição, escola, comunidade e grupo de pares.

Após a aplicação da BPM, o MA obteve uma cotação final de 16 pontos que equivale a um Perfil Psicomotor Normal (14-21 pontos), o que indica um nível geral de realização adequado e controlado. No entanto, denotam-se diversos fatores nos quais existe alguma imaturidade e imprecisões de carácter psicomotor.

Na Tonicidade, verifica-se um perfil dispráxico (2 pontos), o que indica algumas dificuldades de controlo na realização das tarefas nomeadamente na descontração voluntária e na autorrelaxação dos membros bem como na execução de movimentos coordenados e simultâneos. Na Equilibração surge um perfil apráxico (1 ponto) que indica uma realização inadequada e descoordenada, com dificuldades acentuadas. Apresenta dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico, com diversas oscilações multidirecionais, reequilíbrios constantes e desvios frequentes. Nas tarefas que exigem os olhos fechados, verificam-se alguns movimentos faciais associados às execuções motoras. Relativamente à Lateralização, apresenta um perfil eupráxico (3 pontos), pois apesar de manifestar um perfil discrepante entre os telerreceptores (visão e audição) e propioefectores (mão e pé), não revela confusões nem hesitações. Assim apresenta um perfil DEED, na lateralização ocular, auditiva, manual e pedal, respetivamente. Ao nível

da Noção do Corpo, surgiram algumas dificuldades na identificação tátil de determinadas partes do corpo e na integração propriocetiva dos membros e extremidades distais, ou seja em reconhecer a localização espacial do corpo, a sua posição e orientação de movimentos nessa direção de forma precisa e direcional. Além disso, verificam-se problemas na integração sensorial (visual) de informações e consequente reprodução motora. Mediante as dificuldades apresentadas, obtêm-se um perfil dispráxico (2 pontos). Na Estruturação Espaço-Temporal, obtêm-se um perfil eupráxico (3 pontos), verificando-se uma organização espacial adequada, uma boa capacidade de análise visual, memória a curto prazo e sequencialização visuoespacial e a elaboração de representações topográficas de forma organizada e coerente. No entanto, revelou imensas dificuldades na estruturação rítmica, ou seja, na integração sensorial (auditiva) e na memorização com consequente reprodução motora. Na Praxia Global, surge um perfil eupráxico (3 pontos), com uma boa capacidade de dissociação de segmentos corporais nas execuções motoras mas algumas dificuldades na coordenação óculo-manual e óculo-pedal. Na Praxia Fina, verificaram-se algumas dificuldades na coordenação de movimentos finos e perícia manual, surgindo um perfil dispráxico (2 pontos).

2.4.2. Processo de intervenção

A última criança sinalizada é do sexo masculino com 10 anos de idade, acolhida na Casa da Fonte há cerca de 1 mês aquando do início da intervenção. O MA foi referenciado no seguimento de características de imaturidade psicomotora, imaturidade no desenvolvimento motor e cognitivo bem como ligeiras dificuldades na interação com os pares, manutenção da atenção e controlo da agitação motora.

No processo de avaliação, não foi aplicado o SDQ ao professor, devido à recente chegada da criança. Assim, apresentam-se de um modo geral as dificuldades assinaladas.

No âmbito do SDQ, na apreciação da educadora, as principais áreas de intervenção recaem nos problemas de comportamento, interação com os pares e comportamento pró-social. Da apreciação do próprio, estas centram-se nos problemas emocionais, de comportamento e interação com os outros. Assim, foi apontado que o MA manifesta muitas preocupações, alguns medos, receios e inseguranças em situações novas bem como diversas queixas somáticas. Foi mencionado que em algumas situações enerva-se com facilidade, fazendo birras e que, por vezes, mente ou engana os outros. Além disso,

demonstra alguns comportamentos agressivos, lutando com os outros, ameaçando-os ou intimidando-os. Ainda referem que, por vezes, o MA brinca sozinho, isolando-se ligeiramente e em algumas situações os outros metem-se com ele, ameaçando-o ou intimidando-o. O MA refere ainda, ter uma relação mais positiva e agradável com os adultos do que com as crianças. No que respeita ao HKRAM, o MA aponta que não consegue trabalhar com alguém cujas opiniões sejam diferentes das suas e que nem sempre consegue defender os seus direitos sem ofender os outros.

De acordo com as necessidades específicas do MA, foi também aplicada a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca para avaliar o perfil de desenvolvimento psicomotor, identificando o grau de maturidade psicomotora e possíveis sinais desviantes, identificando as suas potencialidades e dificuldades.

Neste seguimento, verificaram-se dificuldades ao nível da regulação tónica dos movimentos, nomeadamente na descontração voluntária e relaxação passiva. Foi possível identificar dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico, a que se associam problemas vestibulares e proprioceptivos que, consequentemente, afetam os estados de vigília, alerta e atenção. Além disso, verificaram-se dificuldades ao nível do conhecimento integrado do corpo e problemas práticos em movimentos globais e finos. Destacam-se ainda dificuldades ao nível da integração sensorial (visual e auditiva), verificando-se problemas na captação, análise e elaboração de movimentos (reprodução motora). A informação detalhada encontra-se em anexo no relatório de avaliação psicomotora inicial.

O MA iniciou o acompanhamento individual na Psicomotricidade a 11 de janeiro de 2016 e terminou a 30 de maio de 2016. Durante este período, foram realizadas as 17 sessões previstas. De forma a rentabilizar o período de intervenção, a avaliação final foi realizada após a data final, a 6 e 9 de junho.

Na observação inicial realizada pela técnica, percebe-se que é uma criança com comportamentos adequados, mas denota-se uma baixa autoconfiança e autoestima o que prejudica as suas interações sociais. Denota-se ainda dificuldades no controlo da agitação motora e manutenção da atenção e algumas dificuldades ao nível da expressão oral, revelando alguma imaturidade no seu discurso que é necessário estimular no sentido da sua maturação.

Ao longo da intervenção, o MA esteve sempre bem disposto, participativo e interessado nas dinâmicas da sessão, demonstrando vontade de aprender e proatividade. De uma forma geral, o seu comportamento foi adequado ao contexto e às atividades

apresentadas. Demonstrou uma instabilidade motora elevada, contudo conseguiu, na maioria dos casos captar a informação que se estava a transmitir. Além disso, é extremamente competitivo tentando em diversas situações manipular as regras e a técnica de forma a não admitir qualquer fracasso. No entanto, é uma criança que interioriza muito bem orientações verbais, ajustando de imediato o seu comportamento.

Com o decorrer das sessões, algumas dificuldades apontadas tiveram ligeiras melhorias, nomeadamente ao nível da autoconfiança e persistência nas tarefas. Revelou melhorias na capacidade de reconhecer os seus pontos fortes e fracos e a interação com a técnica melhorou progressivamente, desenvolvendo uma relação de maior proximidade e empatia, sendo cada vez mais cooperante e disponível.

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, verificaram-se ligeiras melhorias ao nível da descontração voluntária e relaxação dos membros, do equilíbrio estático e dinâmico, na identificação tátil das partes do corpo e na integração propriocetiva dos membros e extremidades distais, ou seja em reconhecer a localização espacial do corpo, a sua posição e orientação de movimentos nessa direção de forma precisa e direcional.

(C) PSICOMOTRICIDADE NO CENTRO DE DIA

A Psicomotricidade no Centro de Dia iniciou-se em 2012 mediante a iniciativa das estagiárias do respetivo ano, passando a ser uma valência do Centro. No presente ano, a intervenção contemplou um único grupo de intervenção e as sessões tiveram uma frequência semanal, com duração de 1h de acordo com os objetivos de cada sessão. Inicialmente foi elaborado um projeto de intervenção a apresentar no Centro de Dia de forma a contextualizar a intervenção psicomotora, nomeadamente a população abrangida, a periodicidade das sessões, os objetivos de intervenção e os procedimentos de avaliação.

1. Intervenção em grupo

1.1. Caraterização do grupo

A intervenção no Centro de Dia teve carácter aberto, sendo permitido ao cliente participar ou não nas sessões. Desta forma, não foi estabelecido um limite de clientes por sessão, pelo que logo desde o início tentou-se motivá-los para as sessões e incutir um sentido de responsabilidade e compromisso com a psicomotricista estagiária, de modo a ultrapassar a inércia patente na maioria dos elementos do grupo. Ainda assim, a participação nas sessões dependeu de um incentivo e reforço constante antes do início de cada sessão. A

variabilidade de elementos por sessão encontra-se descrita no gráfico da Figura 11.

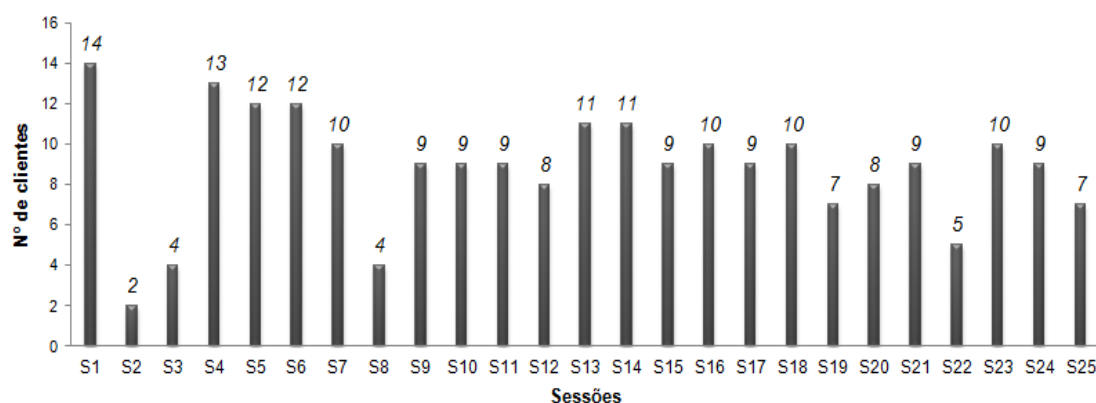


Figura 11: Variabilidade de elementos por sessão

Da análise do gráfico percebe-se a elevada variação de clientes por sessão, justificada pelo caráter livre da intervenção, e por recorrentes impossibilidades de estar presente tanto por motivos médicos (consultas ou doença) ou por ser a hora da higiene pessoal de alguns elementos. Em média, estiveram presentes por sessão nove clientes.

No total, realizaram-se 25 sessões sendo que as avaliações realizadas quer no momento inicial, quer no final, realizaram-se na maioria fora das sessões previstas para potenciar o máximo de tempo de intervenção possível. Na intervenção, participaram quinze clientes, todos do género feminino com uma média de idades de 78 anos. A frequência de participação de cada elemento encontra-se descrita no gráfico da Figura 12.

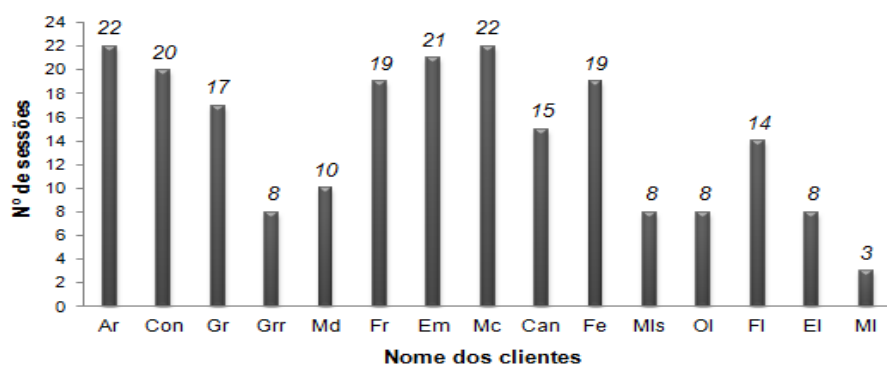


Figura 12: Frequência de sessões por cliente.

1.2. Caraterização dos instrumentos

A avaliação do grupo foi realizada com recurso ao *Examen Géronto-Psychomoteur*, por

ser um instrumento vocacionado para a avaliação psicomotora em idosos. Mediante pedido da instituição, foi adaptado não tendo sido aplicado na sua totalidade.

→ Examen Géronto-Psychomoteur (EGP)

O EGP foi publicado em 2011 por Michel, Soppelsa e Albaret para a população francesa e tem como objetivo específico avaliar as competências psicomotoras em idosos, estando o seu uso reservado a psicomotricistas. O EGP foi traduzido nesse mesmo ano por Moraes, Fiúza, Santos e Lebre.

O EGP pretende avaliar as competências psicomotoras em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e permite estabelecer o perfil/diagnóstico psicomotor, que pode ser utilizado como complemento ao diagnóstico médico, orientação do projeto de intervenção individualizado e avaliação da eficácia da intervenção psicomotora. Apresenta uma metodologia rigorosa que sustenta-se na observação clínica, para obtenção de uma avaliação quantitativa e qualitativa (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2010).

A duração média da aplicação é aproximadamente 40 a 50 minutos e pode ser efetuada em contexto institucional ou em domicílio, sendo a ordem de aplicação dos diversos itens variável de acordo com as características de cada sujeito.

Relativamente à cotação, cada item é composto por uma ou mais tarefas, sendo que os valores oscilam entre 0 e 6, e as tarefas inseridas em cada item são cotadas com 0.5, 0, ou 1, de acordo com o desempenho na tarefa, sendo que o somatório perfaz o total. O resultado final resulta do somatório dos totais de todos os itens (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011 cit. in Araújo, 2013).

Neste âmbito o EGP, inclui 17 itens distribuídos nas seguintes áreas: Equilíbrio Estático I e II; Equilíbrio Dinâmico I e II; Mobilização Articular dos Membros Superiores e Inferiores; Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores; Praxias; Conhecimento das Partes do Corpo; Vigilância; Memória Percetiva; Domínio Espacial; Memória Verbal; Perceção; Domínio Temporal; e Comunicação (Michel et al., 2010).

De acordo com o pedido pela instituição, a avaliação incluiu os domínios mais relacionados com as capacidades motoras. Desta forma, na aplicação do EGP no Centro de Dia, foram realizadas as tarefas das seguintes áreas: Equilíbrio Estático I e II; Equilíbrio Dinâmico I e II; Mobilização Articular dos Membros Superiores e Inferiores; Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores; Praxias; Conhecimento das

Partes do Corpo; e Domínio Espacial. De um modo geral, o EGP é um instrumento útil pela variedade de informação que fornece, permitindo a consciencialização dos fatores que se encontram preservados, bem como dos mais afetados.

1.3. Contextos de intervenção

As sessões de psicomotricidade tiveram lugar no refeitório do Centro de Dia de Caselas (Figura 13), sendo necessário reorganizar a sala no início e final de cada sessão para aumentar o espaço útil da mesma.



Figura 13: Refeitório do Centro de Dia organizado para a sessão.

Relativamente aos materiais utilizados, a maioria foi produzido pela estagiária ou cedidos pela Junta de Freguesia de Belém, uma vez que o centro disponha de pouco material, foi apenas utilizado o rádio e algumas cadeiras.

1.4. Condições e procedimentos de avaliação

No Centro de Dia de Caselas, aplicou-se o EGP para recolher e formalizar uma avaliação psicomotora a colocar no Plano Individual de cada cliente.

No momento inicial, procedeu-se também à consulta dos dossiês individuais dos clientes, para recolher informação pertinente referida nos relatórios médicos, e dos relatórios dos demais elementos da equipa técnica do Centro de Dia para evitar a fadiga que um processo longo e exaustivo de avaliação iria provocar nos clientes. No final da intervenção, voltou-se a aplicar o EGP aos clientes que participaram na psicomotricidade e que ainda permaneciam no centro, apurando-se assim uma amostra de 12 clientes para o tratamento de dados.

1.5. Planeamento anual da intervenção

A intervenção teve a duração de 8 meses (outubro - maio), tendo sido realizadas 25 sessões. Na tabela 15 encontram-se assinaladas as sessões dadas, as interrupções

letivas e feriados, as atividades complementares e momentos de avaliação. A maioria dos momentos de avaliação contemplaram horários externos às sessões planeadas, no entanto encontram-se também explícitos na tabela.

Tabela 15: Planeamento anual da intervenção psicomotora no Centro de Dia

Mês	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
	-	3	1	5	2	1	5	3	2
	-	4	8	12	9	8	12	10	7
Dias	20	10	15	19	16	15	19	17	9
	27	17	22	26	23	22	26	24	
	28	24	29			29		31	
	29								

Legenda:

	Interrupções letivas e feriados
	Momentos de avaliação
	Atividades complementares
	Sessões realizadas

1.6. Definição de objetivos e estrutura da intervenção

O planeamento da intervenção e a definição dos objetivos teve por base os resultados obtidos no EGP e as informações recolhidas na consulta dos processos individuais.

A informação obtida na avaliação inicial serviu para a elaboração de um relatório de avaliação individual a acrescentar ao Dossiê Pessoal do Cliente, para complementar a avaliação global de cada um. Este relatório contém uma avaliação qualitativa e quantitativa e ainda propostas de intervenção, relativamente aos diversos domínios avaliados.

Os objetivos gerais da intervenção psicomotora com a população sénior direcionam-se para a promoção de competências socioemocionais, da funcionalidade e autonomia e consequente qualidade de vida dos clientes.

Os objetivos específicos para a intervenção direcionam-se para as problemáticas evidenciadas por cada um dos clientes no momento de avaliação inicial mediante a aplicação do EGP bem como para a modificação de determinados comportamentos e atitudes observadas, tentando dar-se resposta às necessidades específicas. Os objetivos da intervenção em causa encontram-se descritos em seguida na Tabela 16.

Tabela 16: Objetivos de intervenção no Centro de Dia.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Psicomotor	
<p><i>Diminuir a velocidade de regressão dos fatores psicomotores;</i></p> <p><i>Promover a manutenção da capacidade funcional;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o equilíbrio estático e dinâmico; - Promover a mobilidade articular dos MS e MI; - Estimular a destreza física e motora (agilidade de movimentos); - Treino da transferência entre as posições sentado e em pé; - Promover a coordenação de movimentos; - Estimular a coordenação óculo-manual e pedal; - Identificação dos segmentos corporais; - Promover a consciencialização corporal; - Estimular o controlo respiratório; - Promover a descontração muscular; - Promover a marcha; - Promover a orientação espacial e temporal; - Promover a praxia fina; - Estimular os movimentos de pinça (preensão manual)
Domínio Sócio-Afetivo	
<p><i>Promoção de competências socioemocionais;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o autoconhecimento e a autoestima; - Promover a imagem positiva acerca de si; - Potenciar a comunicação interpessoal; - Potenciar o relacionamento interpessoal; - Promover a integração em dinâmicas de grupo; - Partilha de vivências pessoais; - Potenciar a interajuda e cooperação; - Diminuir o isolamento social; - Estimular a resolução de conflitos; - Estimular o interesse e participação nas tarefas;
Domínio Cognitivo	
<p><i>Promoção de funções executivas - atenção e memória.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a atenção dirigida e sustentada; - Estimular a memória de trabalho e a memória a longo prazo.

Relativamente à estruturação, cada sessão obedeceu a uma estrutura predefinida, composta por cinco momentos distintos, conforme descrito seguidamente:

- *Diálogo inicial:* momento de partilha em grupo, sobre as vivências e acontecimentos do quotidiano de cada sujeito bem como do seu estado geral. Também era solicitado que se fizesse o enquadramento espaço-temporal, com referência à data e local em que ocorria a sessão, podendo introduzir outras questões mediante a época específica do ano.
- *Mobilização global do corpo:* momento de ativação motora e psicológica dos sujeitos

para preparar as ações seguintes, prevenir lesões e estimular a motivação e predisposição do grupo para a sessão. Este momento teve uma organização estruturada de forma a estimular funções executivas como a memória e a comunicação verbal.

- *Atividades centrais*: atividades e dinâmicas delineadas para alcançar os objetivos definidos. destinadas a promover competências socioemocionais dos elementos do grupo, diminuir a velocidade de regressão dos fatores psicomotores, manter a sua capacidade funcional e estimular funções executivas.

- *Retorno à Calma*: atividades de relaxação e controlo respiratório.

- *Diálogo final*: momento de partilha em grupo sobre o seu estado psíquico e corporal e de estimulação da memória através da descrição das atividades realizadas na sessão.

1.7. Apresentação de resultados

Neste ponto são apresentados os principais resultados obtidos da aplicação da escala EGP na população sénior do Centro de Dia de Caselas.

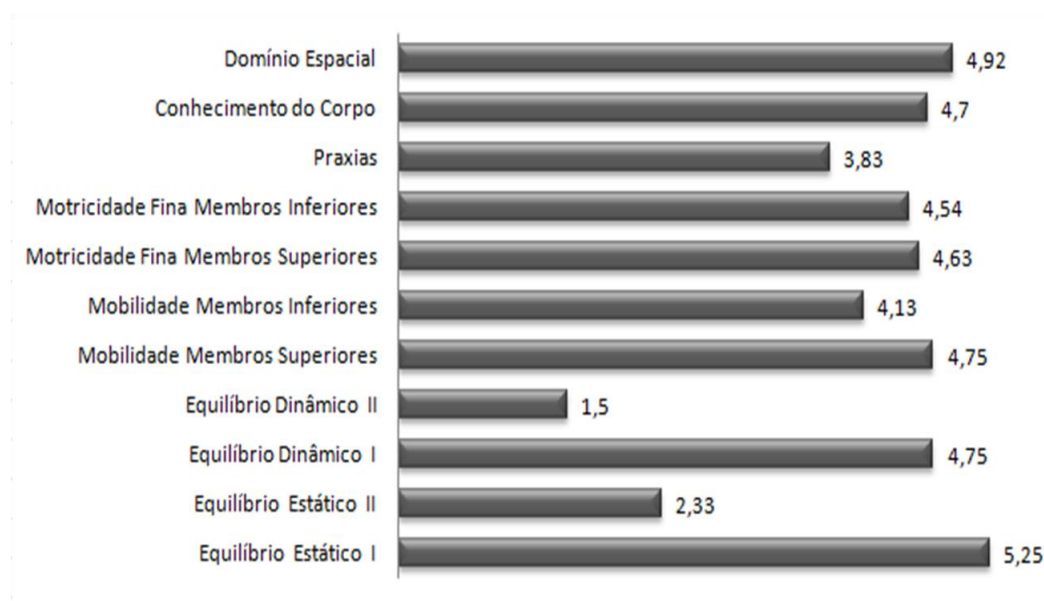


Figura 14: Resultados da avaliação inicial do EGP

A leitura do gráfico da Figura 14 mostra como áreas mais afetadas o *Equilíbrio Estático II*, o *Equilíbrio Dinâmico II*, as *Praxias* e a *Mobilidade Articular dos Membros Inferiores*. Após a intervenção, procedeu-se à reavaliação dos clientes, pelo que os resultados da análise inicial e final encontram-se descritos de seguida.

Tabela 17: Frequência, média e soma das ordens entre pares dos domínios do EGP e teste de Wilcoxon (Z) dos dados obtidos no momento inicial e final.

		N	Média das Ordens	Soma das Ordens	Z	p
Equilíbrio Estático I final Equilíbrio Estático I inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.000	.317
	Ordens Positivas	1 ^b	1.00	1.00		
	Empates	11 ^c				
Equilíbrio Estático II final Equilíbrio Estático II inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.633	.102
	Ordens Positivas	3 ^b	2.00	6.00		
	Empates	9 ^c				
Equilíbrio Dinâmico I final Equilíbrio Dinâmico I inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	.000	1.000
	Ordens Positivas	0 ^b	.00	.00		
	Empates	12 ^c				
Equilíbrio Dinâmico II final Equilíbrio Dinâmico II inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	.000	1.000
	Ordens Positivas	0 ^b	.00	.00		
	Empates	12 ^c				
Mobilidade Membros Superiores final Mobilidade Membros Superiores inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.640	.008
	Ordens Positivas	8 ^b	4.50	36.00		
	Empates	4 ^c				
Mobilidade Membros Inferiores final Mobilidade Membros Inferiores inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.724	.006
	Ordens Positivas	9 ^b	5.00	45.00		
	Empates	3 ^c				
Motricidade Fina Membros Superiores final Motricidade Fina Membros Superiores inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.414	.157
	Ordens Positivas	2 ^b	1.50	3.00		
	Empates	10 ^c				
Motricidade Fina Membros Inferiores final Motricidade Fina Membros Inferiores inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.633	.102
	Ordens Positivas	3 ^b	2.00	6.00		
	Empates	9 ^c				
Praxias final Praxias inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.236	.025
	Ordens Positivas	5 ^b	3.00	15.00		
	Empates	7 ^c				
Conhecimento do Corpo final Conhecimento do Corpo inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-1.633	.102
	Ordens Positivas	3 ^b	2.00	6.00		
	Empates	9 ^c				
Domínio Espacial final Domínio Espacial inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-2.236	.025
	Ordens Positivas	5 ^b	3.00	15.00		
	Empates	7 ^c				
Total de Dificuldade final Total de Dificuldades inicial	Ordens Negativas	0 ^a	.00	.00	-3.069	0.002
	Ordens Positivas	12 ^b	6.50	78.00		
	Empates	0 ^c				

- a. Valores finais < Valores iniciais – Diminuição das competências psicomotoras
b. Valores finais > Valores iniciais – Aumento das competências psicomotoras
c. Valores finais = Valores iniciais – Manutenção das competências psicomotoras

A análise da Tabela 17 mostra que existe uma melhoria, estatisticamente significativa, no desempenho nos domínios da Mobilidade dos Membros Superiores e Inferiores, nas

Praxias, no Domínio Espacial e Total de Dificuldades ($p<.05$). Nos restantes domínios verifica-se essencialmente uma manutenção das competências.

1.8. Discussão de resultados

Considerando os resultados das avaliações, apresentadas no ponto anterior, procede-se agora à interpretação e discussão dos mesmos, tendo em conta a informação e as observações recolhidas de forma direta e indireta ao longo da intervenção bem como a informação existente na literatura acerca desta problemática.

Perante o apresentado anteriormente, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa no desempenho nos domínios da Mobilidade dos Membros Superiores e Inferiores, nas Praxias, no Domínio Espacial e Total de Dificuldades ($p<.05$).

Os resultados obtidos ao nível da mobilidade articular podem estar relacionados com uma rotina estabelecida. Após o diálogo inicial, realizou-se em todas as sessões um conjunto de exercícios estabelecidos de mobilidade articular. Este momento pretendia estimular além a mobilidade, a memória, a comunicação e a autoeficácia dos clientes. Estes dados vão de encontro ao apresentado por Banzatto et al. (2015), Oliveira, et al. (2015) e Faustino et al. (2016). Em relação ao domínio espacial, os resultados podem relacionar-se com o trabalho desenvolvido nas sessões bem como em algumas deslocações ao exterior. Fonseca (2001) refere o papel positivo das atividades psicomotoras no domínio espacial.

Para além das inferências retiradas das avaliações formais, obtidas da aplicação da escala EGP, importa salientar a evolução observada de forma indireta pela psicomotricista estagiária em alguns domínios. Assim ao longo da intervenção, a comunicação e relacionamento interpessoal, foi a variável do domínio das competências socioemocionais que revelou maior evolução, tendo sido notáveis as melhorias ao nível da qualidade na interação com o outro, na comunicação verbal, na escuta ativa, no respeito pela pessoa e pelas suas características, e ainda na cooperação e entreajuda dos vários elementos do grupo. Estes aspetos foram cruciais na diminuição dos conflitos e na promoção da autonomia na gestão das situações-problema entre os clientes, em que geralmente era necessária a intervenção de terceiros para se encontrar uma solução. Este aspeto aliado a um aumento progressivo no interesse e participação nas tarefas apresentadas promoveu uma diminuição do isolamento social.

Os diversos momentos de diálogo bem como a utilização de atividades lúdicas e de jogos

pode ter contribuído para esta evolução positiva. Esta análise corrobora o apresentado por Castiglia, et al. (2006) e Fabbrizi (2013).

PRINCIPAIS DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Na Casa da Fonte, as principais dificuldades sentidas, prenderam-se com o facto de não ser possível uma partilha de experiência *in loco* com outro profissional da área. No entanto, esta situação serviu como promotor da autonomia, capacidade de improviso, superação e gestão da frustração da psicomotricista estagiária pelas características da própria população em intervenção. No entanto, o apoio da orientadora local foi constante demonstrando imensa preocupação com as dificuldades sentidas ao longo do estágio.

Outro aspeto que condicionou a intervenção foi a frequência semanal com que foram efetuadas as sessões, havendo um período demasiado alargado entre as mesmas o que dificulta e quebra a relação empática com as crianças. A estratégia para colmatar este aspeto passou por estar o máximo de tempo possível na instituição de modo a acompanhar as crianças nos momentos de tempos livres, na sala de convívio, nas refeições, nos momentos de realização dos trabalhos de casa ou de estudo. Também a distância a que a Casa da Fonte se encontra dos restantes locais de estágio, dificulta a gestão e envolvimento profissional na mesma medida que com os demais locais de estágio ocuparam a restante semana por completo.

No início da intervenção também foi difícil a implementação de algumas sessões, uma vez que a gestão do tempo da própria casa é um processo muito dinâmico e complicado. Além disso, também senti alguma resistência à participação das crianças exatamente pelo facto de interferir com as dinâmicas e rotinas da casa. A estratégia para colmatar ambos os aspetos foi a comunicação constante com todos os elementos da equipa educativa de forma a transmitir a importância da intervenção, os seus objetivos e o envolvimento das crianças em cada sessão. Desta forma, foi perceptível que alguns elementos não tinham uma noção exata do trabalho desenvolvido nas sessões de psicomotricidade nem os seus propósitos. Mediante a constante articulação e trocas de informação com a equipa, as sessões passaram a ser um momento definido nas rotinas o que facilitou a sua implementação e permitiu um sentimento de pertença à equipa por parte da psicomotricista estagiária.

Outra limitação a apontar foram os espaços disponíveis para as sessões, uma vez que as salas são extremamente pequenas e com diversos materiais de difícil manuseamento (e.g.: mesas, cadeiras, sofás) e distratores para as crianças (e.g.: brinquedos, livros...). A

utilização do espaço exterior esteve sempre dependente das condições atmosféricas e o recurso ao mesmo compreendia outra aspeto, as possíveis interrupções pelas restantes crianças da Casa da Fonte.

No contexto escolar, a principal dificuldade sentida prende-se com os momentos de avaliação sendo necessário um constante reforço na entrega dos instrumentos por parte dos professores e encarregados de educação. A demora neste processo condicionou o início da intervenção e a análise dos efeitos da intervenção, pois alguns questionários não foram entregues no momento relativo à avaliação final. Além disso, verificou-se uma desvalorização da intervenção por parte de alguns professores, condicionando a participação de alguns elementos, chegando a fazê-lo como punição para a criança mediante o seu comportamento ao longo do dia.

Em relação à intervenção no Centro de Dia, as principais dificuldades sentidas relacionam-se com a falta de material, no entanto isso foi superado com a colaboração da EB 1 de Caselas que permitiu utilizar o material do ginásio com a população do Centro. Além disso, o facto de a intervenção ter um carácter livre, em que o cliente só participava na sessão se e quando queria também surgiu como uma limitação. Inicialmente a desmotivação, a falta de iniciativa e interesse foi elevada em qualquer atividade apresentada. De modo a ultrapassar esta questão, a estagiária chegava ao Centro muito antes do início da sessão para iniciar o processo de reforço de cada cliente. Progressivamente, a resistência foi diminuindo verificando-se um incentivo por parte dos próprios clientes.

PROJETOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Além das atividades descritas no relatório, a psicomotricista estagiária desenvolveu e implementou alguns projetos e atividades complementares nos diversos contextos de intervenção, descritos seguidamente.

O projeto “Sonhar Acordado” foi uma atividade destinada às crianças do Jardim de Infância da EB1 de Caselas, mediante a autorização cedida nos consentimentos informados pelos encarregados de educação. Este projeto compreendeu um espaço lúdico de relaxação com frequência semanal, mediante aprendizagens centradas no ato de agir ou na expressão corporal.

A pertinência do projeto baseiou-se no facto de que a relaxação contribui para que desde cedo, a criança reconheça os seus sentimentos e emoções através das suas sensações

corporais. Assim, pretendeu-se proporcionar à criança momentos de descontração e tranquilidade, através da consciencialização dos seus estados tónicos, de uma regulação do seu ritmo interno e harmonização dos segmentos corporais, renovando as suas energias. Além do efeito imediato, pretendeu-se que a criança alcançasse uma maior percepção e consciência de si mesmo, do seu corpo, das suas sensações e emoções, bem como, dos seus sentidos que lhe permite um maior conhecimento, adaptação e exploração do mundo envolvente. Também se objetivou melhorias da autoestima social e emocional da criança, ajudando-a no processo de autoconhecimento com recurso e estimulação da sua imaginação, capacidade expressiva, criatividade e espontaneidade. Além disso, pretendeu-se estimular a capacidade de atenção e concentração, a capacidade de escuta e análise e a memória, entre outras. Estas capacidades poderão ser aprendidas e/ou potenciadas, promovendo o desempenho da criança em ocasiões futuras, nos mais variados contextos, aumentando o leque de respostas na procura de alternativas para a resolução de problemas e autorregulação do seu comportamento. Isto é, pretendeu-se promover o desenvolvimento de recursos emocionais e cognitivos, através da exploração de diferentes respostas às situações e dificuldades sentidas.

O projeto “**Cartas para um Sábio**” foi idealizado pela psicomotricista Marília Braga em 2015, tendo sido implementado este ano, em parceria com a psicomotricista estagiária. Este estabeleceu uma parceria entre o Centro de Dia de Caselas e a EB1 de Caselas, de modo a desenvolver um meio de comunicação entre a população infantil da turma do 4º ano da Escola EB1 de Caselas e a população sénior do Centro de Dia da Cruz Vermelha de Caselas, através da troca regular de cartas manuscritas (quinzenal) para promover a troca de experiências e partilha de conhecimentos.

De acordo com Zanon, Alves e Cardenas (2011), a aproximação de diferentes gerações promove o fortalecimento dos relacionamentos, contribuindo para minimizar ou até eliminar preconceitos relacionados com os idosos.

Os objetivos sócio-afectivos passaram pela interação entre as crianças e os idosos, para favorecer o processo de mudança de atitudes e a construção de valores éticos cruciais na vida escolar, familiar e social de ambas as populações. Pretendeu-se com a participação neste projeto, e com as vivências nele experimentadas e partilhadas pelas crianças e pelos idosos, o desenvolvimento de competências socioemocionais fundamentais para o convívio saudável entre gerações nos diversos espaços sociais da vida diária. Ou seja, quebrar com preconceitos geracionais, que conduzam ao respeito pelas diferenças e fomentem o espírito de entreajuda.

Procurou-se assim o desenvolvimento da relação e comunicação intergeracional, bem como o desenvolvimento de capacidades de expressão e criatividade capazes de promover um espaço de inclusão para os idosos que lhes permita combater de alguma forma o isolamento e favorecer a melhoria da autoestima social e emocional. A valorização dos saberes adquiridos pela experiência de vida, de forma a aumentar os conhecimentos culturais e sociais, e sensibilizar para a importância da intergeracionalidade. Outros objetivos, nomeadamente, académicos, como o treino da leitura e escrita, e o treino de habilidades de composição. E ainda, os objetivos cognitivos como a melhoria das capacidades de atenção, memorização e motivação para a aprendizagem, de estimulação sensorial (tato, visão, audição e olfato), e ainda objetivos perceptivos, através da abordagem de temas e percepções temporais e espaciais.

A correspondência foi iniciada pela população infantil com pequenas cartas de apresentação em que colocaram algumas questões que gostavam de ver respondidas pelos idosos. A atribuição do “avô” ou “avó” foi realizada de forma aleatória mas definiu a troca de correspondência a partir daquele momento, isto é, as cartas seguintes foram sempre dirigidas à mesma pessoa, com comunicação livre. Além das cartas escritas foram trocados outro tipo de trabalhos, como pinturas, desenhos e pequenos presentes. No final do ano letivo, foi realizado um lanche convívio para a apresentação formal das crianças e dos clientes do Centro de Dia.

No seguimento do carácter inovador de ambos os projetos postos em prática no contexto escolar, foi elaborada uma *Ficha de Avaliação do Impacto dos Projetos Complementares* que teve como objetivo uma análise global dos mesmos, ao nível da adequabilidade, pertinência, eficácia e impacto nas populações. Assim, foi entregue à professora titular do Jardim de Infância de Caselas, à do 4º ano de escolaridade e à diretora do Centro de Dia de Caselas.

No âmbito do Projeto “Cartas para um Sábio”, a professora titular da turma refere, em linhas gerais, que a iniciativa foi muito interessante e motivadora para as crianças, professora e inclusive encarregados de educação. Indica que mesmo os alunos com maiores dificuldades mantiveram um nível elevado de interesse e empenho. Também refere que o programa correspondeu às suas expectativas, que os objetivos delineados foram cumpridos e solicita a continuidade do mesmo. A responsável do Centro de Dia refere que foi muito gratificante constatar o envolvimento dos idosos, crianças e até dos familiares. Acrescenta que o resultado final foi surpreendente e que ultrapassou as suas expectativas. No entanto refere que seriam necessários mais meios para colmatar a

exigência do projeto perante os idosos sobretudo a nível motivacional.

No âmbito do Projeto “Sonhar Acordado”, a educadora refere que foi bastante interessante e que as atividades desenvolvidas foram adequadas. Acrescenta que, face ao grupo de crianças (heterogêneo com dificuldades de atenção e em aguardar a sua vez), o programa foi bastante adequado e com uma participação muito satisfatória da maioria das crianças. Termina solicitando a continuidade para o próximo ano letivo em função dos resultados obtidos.

No âmbito da Psicomotricidade da Escola, foi elaborado para cada uma das crianças um caderno individual - *Caderno da Psicomotricidade*. Este continha o quadro de comportamento registado em cada sessão e ao longo das sessões foram propostas algumas atividades a realizar em casa com o apoio dos pais. O principal objetivo foi estabelecer uma maior ligação e envolvimento do contexto familiar na intervenção.

No dia de *S. Martinho*, realizou-se uma pequena deslocação com um grupo de idosos do Centro de Dia à Escola EB1 de Caselas de forma a participarem num magusto. Uma das turmas decorou cartuchos para os idosos colocarem as suas castanhas e uma das idosas elaborou um poema para a ocasião, que partilhou com os professores da escola.

A participação na *Festa de Natal da EB1 de Caselas* partiu de um convite da própria escola, mostrando interesse na presença dos clientes do Centro de Dia na mesma, para assistirem às apresentações preparadas anualmente pelas turmas desde o 1º até ao 4º ano, tendo proporcionado um dia diferente aos idosos, envolvendo-os em atividades da comunidade onde residem.

No Carnaval, solicitou-se uma pequena alteração no trajeto do *Cortejo da EB1 de Caselas* de forma a passar em frente ao Centro de Dia para estimular alguma interação e comunicação entre as crianças e os idosos.

No âmbito do Projeto Afetos na Escola e no seguimento da celebração da semana da família e o dia internacional da família foi promovido com todas as turmas do 1º ano um *convívio entre avós e netos*. A sessão pretendeu a partilha de vivências e a reflexão sobre o papel e a importância dos avós, seguida de um lanche convívio organizado pela equipa técnica e participantes.

No final do período de intervenção, foram realizados cartazes destinados às três escolas onde decorreu a intervenção, com diversas fotografias das atividades realizadas e com indicação das principais temáticas abordadas nas sessões. O objetivo foi a valorização

do esforço e participação de todas as crianças e também a divulgação das sessões de psicomotricidade juntos dos pais e professores.

Participação na *III edição da Feira de Saúde* de Belém, a 20 e 21 de maio, promovida pela Junta de Freguesia de Belém cujo principal objetivo foi divulgar associações e entidades que estejam ligadas à Saúde. Foram realizados rastreios, workshops/palestras sobre as diversas temáticas, bem como demonstrações de atividades físicas que promovam um estilo de vida saudável. A par, no dia 20 de Maio, decorreu a *VI Feira de Educação* cujo objetivo foi promover uma comunicação positiva entre todos os seus intervenientes alunos/utentes, famílias, técnicos e outros profissionais que se dedicam à área das necessidades especiais. Foi incluído um espaço destinado à Psicomotricidade na Escola para divulgação e apresentação do trabalho realizado no presente ano.

Redação de pequenas notícias sobre as atividades desenvolvidas no âmbito da Psicomotricidade na Escola e no Centro de Dia para exposição no Boletim Belém, desenvolvido pela Junta de Freguesia de Belém para posterior divulgação à população.

No contexto da Casa da Fonte foi desenvolvido o projeto “**Brincar com o Corpo**” que pretendeu proporcionar às crianças experiências lúdicas e educativas através da exploração do seu próprio corpo. O projeto decorreu entre janeiro e junho de 2016, com frequência mensal. A população alvo foram as crianças com idades inferiores aos 7 anos. Os objetivos centraram-se, essencialmente, no desenvolvimento psicomotor global mediante a exploração do corpo como meio de expressão, comunicação e aprendizagem, através da consciencialização corporal e estimulação do esquema corporal das crianças. Além disso, pretendeu-se a promoção de relações interpessoais ajustadas, desenvolvendo-se uma maior capacidade para estar em grupo e trabalhar em equipa mediante a entreajuda e cooperação.

No Natal, a psicomotricista estagiária lançou um desafio aos grupos de intervenção para realizarem a árvore “*Todos Juntos*”. O objetivo central foi criar uma árvore de Natal com a participação de todas as crianças da Casa da Fonte. A árvore foi realizada pela junção de 27 folhas pintadas por cada um, sem saberem qual o produto final. Os grupos de intervenção previamente tiveram de, em conjunto, definir as tarefas e responsabilidades de cada um, nomeadamente a distribuição e recolha dos desenhos, o recorte dos mesmos e a junção das peças. No final, a árvore foi exposta na Casa da Fonte e explicado qual o propósito da tarefa e o simbolismo da mesma.

No final do período de intervenção, a técnica realizou um pequeno projeto para deixar na

Casa da Fonte como recordação. Assim, construiu um coração com retalhos de tecidos que posteriormente decorou com fotos das atividades realizadas nas sessões de psicomotricidade e em alguns momentos externos nos quais esteve presente.

Para além da procura pela complementaridade do trabalho desenvolvido no âmbito do estágio académico, também existiu uma procura de oportunidades de formação profissional, com o objetivo de aumentar conhecimentos, no âmbito das temáticas envolvidas no estágio académico e de outras áreas do interesse particular da estagiária. Também existiu procura ao nível da formação e crescimento pessoal humano pelo envolvimento em experiências de voluntariado.

Participação no curso *Adolescer, no Módulo IV - Desenvolvimento Moral*, realizado no dia 19 de novembro de 2015 na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Participação no *VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente intitulado “Risco psicossocial: investigação e boas práticas”*, realizado nos dias 13 e 14 de abril de 2016 na Universidade Lusíada de Lisboa. No âmbito deste congresso, apresentação em conjunto com a Psicomotricista Marília Braga de uma comunicação Poster com o título “Psicomotricidade na promoção de competências pessoais e sociais em crianças do 1º Ciclo”.

Participação no *Seminário Formativo do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM)* realizado na Faculdade de Motricidade Humana (FMH) a 22 e 23 de abril. Esta iniciativa teve como objetivos promover a formação interna e partilha de experiências sobre o trabalho desenvolvido nos dois ramos do 2.º ciclo bem como dar a conhecer e refletir conjuntamente sobre o trabalho desenvolvido nos vários contextos e domínios de intervenção e/ou investigação e com as diferentes populações alvo.

Além destes momentos formais de formação, a estagiária teve a máxima disponibilidade por parte da Doutora Celeste Simões (orientadora de estágio académica) para o esclarecimento de dúvidas e agenda de reuniões sempre que sentiu necessidade de orientação em relação à prática desenvolvida.

Em relação à formação pessoal, a estagiária em parceria com a Psicomotricista Marília Braga desenvolveram e implementaram, em regime de voluntariado, um projeto de promoção de resiliência, em crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 14 anos, residentes no Bairro 6 de Maio, na Damaia.

CAPÍTULO III - SINTESE FINAL

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

O principal objetivo da redação deste relatório de estágio centrou-se na agregação de toda a informação e conteúdos elaborados, essenciais para o trabalho desenvolvido no ano de estágio curricular, de forma a criar-se uma base de sustentação teórica e empírica para a intervenção psicomotora nos diversos contextos abrangidos.

Inicialmente foi necessário compreender e conhecer os locais e as populações alvo de intervenção, através de uma breve descrição de cada instituição e dos seus moldes legais. Neste processo foi necessário conhecer as entidades competentes no nosso país responsáveis pela proteção e promoção dos direitos das crianças, e ainda aprofundar conhecimentos sobre os efeitos das vivências ou experiências de risco inerentes. Além disso, foi necessário proceder a uma abordagem teórica sobre os fundamentos da Psicomotricidade, que justificam a pertinência da intervenção psicomotora no âmbito da promoção das competências socioemocionais nos vários contextos. O relatório também serviu para a apresentação da intervenção desenvolvida nos vários locais e das atividades complementares realizadas.

No âmbito institucional, na Casa da Fonte, os resultados obtidos foram bastante positivos, sendo a intervenção ao nível das competências socioemocionais bastante importante neste contexto. As melhorias ao nível da autoconfiança e autoestima, na comunicação e relacionamentos interpessoais, bem como a diminuição de determinados comportamentos desajustados na sessão foram visíveis de semana para semana. As competências socioemocionais trabalhadas junto destas crianças são ferramentas essenciais para maximizar o potencial individual de desenvolvimento de cada uma e a sua adaptação ao meio escolar e social.

A particularidade de não existir um profissional da área disponível para acompanhar a estagiária neste processo, foi determinante para o desenvolvimento de estratégias e competências de planeamento e coordenação da intervenção de forma autónoma. Além disso, exigiu a investigação mais detalhada de metodologias de intervenção para garantir uma resposta a mais adaptada e ajustada possível em cada contexto. Para uma maior eficácia da intervenção coloca-se a sugestão de tornar a Casa da Fonte um local de estágio independente, de modo a permitir uma resposta mais ampla, frequente e consistente em relação às características das crianças e necessidades da instituição.

No âmbito escolar, na “Psicomotricidade na Escola”, considera-se que os resultados foram positivos, ficando no entanto, abaixo do esperado. Apesar da avaliação dos professores, encarregados de educação e das crianças não serem concordantes, no contexto de intervenção foram perceptíveis mudanças no comportamento e melhorias nas principais dificuldades assinaladas. As sugestões de futuro neste âmbito para melhorar a intervenção passam pelo desenvolvimento de estratégias que envolvam também a família e os professores, pois é com estes que a criança passa grande parte do seu dia, modelando por eles os seus comportamentos. A realização de um reunião inicial com ambos poderia ser vantajoso para a explicação concreta da intervenção em causa e dos seus objetivos bem como dos processos de avaliação inerentes. Também o tempo de sessão, deveria ser mais prolongado para ser possível trabalhar mais profundamente as competências desejadas.

A participação no projeto “Afetos na Escola”, em conjunto com as psicólogas da Junta de Freguesia de Belém permitiu adquirir competências de trabalho com grandes grupos e potenciar uma maior sensibilidade para a abordagem de assuntos mais delicados para as crianças, como por exemplo, o divórcio dos pais e a transição para uma nova escola.

Na intervenção no Centro de Dia, as melhorias foram significativas. A comunicação e relação entre os clientes bem como o interesse pelas dinâmicas de grupo evoluiu gradualmente nas sessões. Assim, pode considerar-se que a intervenção teve um papel importante na promoção da saúde e do bem-estar global desta população, e como os resultados da avaliação constataram conseguiu minimizar e atenuar perdas que derivam do processo de envelhecimento em que se encontram.

Em face do exposto, compreende-se a pertinência da intervenção psicomotora, pela sua abordagem holística da criança, jovem ou idoso, com a preocupação de conhecer as vivências pessoais, as suas características e necessidades bem como os interesses e objetivos futuros de cada um, sem descurar as particularidades e influências que o meio possa exercer. No âmbito da promoção de competências socioemocionais verifica-se a pertinência desta intervenção nos contextos apresentados como uma ferramenta para impulsionar o potencial global de cada um.

REFLEXÃO PESSOAL E PERSPETIVAS FUTURAS

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charlie Chaplin

Dou por mim, sentada em frente ao mar, a tentar delinear em palavras o que este estágio representou para mim e só chego a uma conclusão... é impossível! A maior das verdades é que este relatório não inclui uma ínfima parte do que esta oportunidade representou para mim como pessoa e como profissional.

Tentar voltar aos primeiros dias e aos sentimentos despoletados é quase surreal. As inseguranças, os medos, as dificuldades sentidas foram imensas e puseram, claramente, à prova a minha capacidade de resistência e tolerância. Tudo parecia demasiado... houve momentos em quase não me permiti a sentir mas simplesmente a racionalizar. As saídas e chegadas apressadas, a agitação para perceber as crianças e espaços disponíveis, a preocupação com os planeamentos do dia seguinte, a insegurança nas atividades delineadas ou jogos construídos, o receio de lidar com outros profissionais nem sempre contentes com a minha presença... tudo a ferver na minha cabeça até ao momento de um simples "Dianaaa" e eis que chega um abraço apertado cheio de carinho e felicidade. E neste momento começam as verdadeiras aprendizagens... o aprender a ser mais e melhor, a ser melhor pessoa e melhor profissional. O estar atenta a cada detalhe e valorizar cada momento. Aprender a ouvir, a enfrentar, a continuar, a querer e a nunca desistir. Porque nós deixamos um bocadinho de nós em cada pessoa que cruza o nosso caminho e por isso, temos a obrigação, de deixar o melhor de nós.

Como é obvio toda esta aprendizagem não seria possível sem o apoio e a oportunidade que me foi dada quer pela orientadora académica quer pelos orientadores locais e sobretudo pelas instituições que me acolheram e deram independência, liberdade e o apoio necessário para crescer de forma autónoma. Não posso deixar de referir o papel crucial que a constante interação e troca de informações com os diversos elementos das equipas onde estive incluída, desencadeou na minha capacidade de reflexão e exposição de opiniões contribuindo para o meu crescimento enquanto profissional. Permitiu-me refletir e adquirir a consciência de como quero exercer a minha profissão.

Terminada esta etapa, sinto que tudo o que foi vivido proporcionou-me um leque alargado de experiências, superou as minhas expectativas e enriqueceu os meus conhecimentos.

De um modo geral, fez de mim uma pessoa melhor!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, G. N., Arjona, B. A., & Noriega, G. A. (2015). La resiliencia en la educación, la escuela y la vida. *Perspectivas Docentes*, 58, 42-48.
- Alves, F. (2007). Como aplicar a Psicomotricidade uma atividade multidisciplinar com amor e união. Rio de Janeiro: Wak Editora
- Alves, L., & Bianchin, M. A. (2010). O jogo como recurso de aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 27(83), 282-287.
- Andrade, S., Santos, P., Costa, A. P., & de Souza, D. N. (2014). Bem-Estar Emocional e Implicação: estudo com crianças em Acolhimento Institucional. *Indagatio Didactica*, 6(3).
- APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (Fifth ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Araújo, R. J. F. (2013). Tradução e Adaptação do Exame Geronto Psicomotor: Estudo Preliminar. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Banzatto, S., Alves, A. G. R. C., Silva, C. M., Viana, M. O., Freitas, I. M. P., & Menezes, J. N. R. (2015). Análise da efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(1), 119-125.
- Barankin, T. (2013). Aperfeiçoar a resiliência de adolescentes e suas famílias. *Adolescência e Saude*, 10(2), 17-22.
- Barreto, S. d. O., Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2011). Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: Uma avaliação multimodal. *Psico (Porto Alegre)*, 42(4), 503-510.
- Barreiro, J. (2006). Envelhecimento, Degeneração, Desuso e Lentidão Psicomotora. Atividade física e envelhecimento. Lisboa: Edições FMH.
- Benavente, R. (2012). Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Análise Psicológica*, 19(2), 321-329.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2011). Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades de relatos. *Psico*, 42(3), 354-361.
- Bolsoni-Silva, A. T., Mariano, M. L., Loureiro, S. R., & Bonaccorsi, C. (2013). Contexto escolar: práticas educativas do professor, comportamento e habilidades sociais infantis. *Psicologia Escolar e Educacional*, 17(2), 259-269.
- Bornstein, M. H., Hahn, C.S., & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and psychopathology*,

22(04), 717-735.

- Borsa, J. C., Souza, D. S. D., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: teoria e prática*, 13(2), 15-29.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21(49), 263-271.
- Câmara Municipal de Lisboa (s.d.). Programa Intervir - programa municipal de prevenção de comportamentos de risco na cidade de Lisboa. Retirado de <http://lisboasolidaria.cmlisboa.pt/documentos/1361202346Y0sFP7pt6Oj74NW9.pdf>
- Canha, L., & Neves, S. (2006). Promoção de Competências Pessoais e Sociais - Desenvolvimento de um Modelo Adaptado a Crianças e Jovens com Deficiência. Instituto Nacional para a Reabilitação - INR, I.P.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(2), 229-237.
- Casali-Robalinho, I. G., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2015). Habilidades Sociais como Predictoras de Problemas de Comportamento em Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 321-330.
- Castiglia, R. C., Pires, M. M., & Boccardi, D. (2006). Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(1), 38-50.
- Cavalcante, L. I. C., Araújo, C. R. d., Góes, É. L. C., & Magalhães, C. M. C. (2014). Análise das condições sociofamiliares de crianças em acolhimento institucional: Comparando dois momentos. *Psicologia Argumento*, 32(76), 79-92.
- Cefai, C., Miljević-Riđički, R., Bouillet, D., Ivanec, T. P., Milanovoć, M., Matsopoulos, A., . . . Erikson, C. (2015). RESCUR: Surfing the waves. A Resilience Curriculum for Early Years and Primary Schools - A Teacher's Guide. Malta: Centre for Resilience and Socio-Emotional Health, University of Malta.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Centro de Estudos Dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.
- Cid, M. F. B., Garcia, N. R. P., & Silva, J. F. (2014). Famílias de adolescentes em Medida Socioeducativa: práticas parentais, cotidiano e contexto familiar. *Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade*(11), 70-99.
- Civinski, C., Montibeller, A., & Oliveira, A. L. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. *Revista da UNIFEDE*, 1(09), 163-175.
- Cordovil, C., Crujo, M., Vilariça, P., & Caldeira da Silva, P. (2011). Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 24(52), 413-418.
- Corona, H. F., & Peralta, V. E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista*

Médica Clínica Las Condes, 22(1), 68-75.

- Correia, L., Esteves, S., Faria, C., Ramos, J., & Valdeira, S. (2014). Programa de competências sociais integradas (CSI). *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(1), 197-200.
- Costa, M., Rocha, L., & Oliveira, S. (2012). Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação*(22), 123-140.
- Cró, M., L. & Andreucci, L. (2014). Resiliência e psicomotricidade na educação pré-escolar: Um estudo com crianças brasileiras socio, cultural e economicamente desfavorecidas. *OMNIA, Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes*, 1, 45-54.
- Cró, M. d. L., & Pinho, A. M. (2011). A primeira infância ea avaliação do desenvolvimento pessoal e social. *Revista Iberoamericana de Educación*, 56(1), 5.
- Dascanio, D., Del Prette, A., Barham, E. J., Rodrigues, O. M. P. R., Fontaine, A. M. G. V., & Del Prette, Z. A. P. (2015). Habilidades sociais, competência acadêmica e problemas de comportamento em crianças com diferentes níveis de plumbemia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 166-176.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em análise do comportamento*, 1(2), 104-115.
- Dias, M. I. S. (2014). Promover competências em contexto educativo: estudo de três propostas de intervenção. *Educação Por Escrito*, 5(1), 80-97.
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., & Lima, M. (2016). Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *Jornal de pediatria*, 92(3), 71-83.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology*, 6, 495-525.
- Elias, L. C. d. S., & Amaral, M. V. (2016). Habilidades Sociais, Comportamentos e Desempenho Acadêmico em Escolares antes e após Intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61.
- Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. *A psicomotricidade*, 3, 67-76.
- European Network for Social and Emocional Competence (2016). Retirado de <http://enseceurope.org/>
- Fabbrizi, A. (2013). Centro dia para idosos frágeis: recursos para a promoção de qualidade de vida. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 18(2), 227 - 255.
- Fajardo, I. N., de Souza Minayo, M. C., & Moreira, C. O. F. (2013). Resiliência e prática escolar: uma revisão crítica. *Educação & Sociedade*, 34(122), 213-224.
- Fantinato, A. C., & Cia, F. (2015). Habilidades sociais educativas, relacionamento conjugal e comportamento infantil na visão paterna: um estudo correlacional. *Psico*, 46(1), 120-128.

- Faustino, F. S., Kummer, R. H. M., & Ribas, D. I. R. (2016). Avaliação dos efeitos dos exercícios psicomotores na coordenação e agilidade de idosos. *Cadernos da Escola de Saúde*, 2(16), 24-34.
- Fernandes, J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3(3).
- Fernández, E. R. (2007). Aplicaciones del Arteterapia en aula como medio de prevención para el desarrollo de la autoestima y el fomento de las relaciones sociales positivas: Me siento vivo y convivo; Art Therapy applications in the classroom as a preventive measure using artistic manifestations for the self esteem development and the fostering of positive social relationships: I Fell alive and co live. *Arteterapia*(2), 275-291.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W. S., & Moreira, M. A. S. P. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1065-1069.
- Ferreira, S. (2015). Famílias sem rumo: da institucionalização à reunificação familiar—Qual o papel da terapia familiar? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6(1), 55-71.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)[Strengths and Difficulties Questionnaire—Portuguese version]. *Retrieved from www.sdqinfo.org*.
- Fonseca, V. (2005). Introdução. In Vítor da Fonseca, *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem* (25-60). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. d. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
- Freitas, E., Simões, M. C., & Martins, A. P. L. (2011). *Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco*. Paper presented at the XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Universidade de Corunã.
- García-Vesga, M. C. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Gaspar, M. F. M. (2011). *Adolescentes institucionalizados: aconselhamento vocacional. Um estudo exploratório*. (Tese de Mestrado), Universidade de Coimbra.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(5), 791-799.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-

- Gontijo, D. T., Buiati, P. C., Santos, R. L., Ferreira, D., & Tuma, A. (2012). Fatores relacionados à institucionalização de crianças e adolescentes acolhidos na comarca de Uberaba-MG. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 25(2).
- Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual review of psychology*, 62, 243-269.
- Guiomar, V. (2010). Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *O Portal dos Psicólogos*, 1-16.
- Gundersen, K. K. (2014). Social Emotional Competence-too much or too little. *International Journal of Emotional Education*, 6(1), 4.
- Homem, T. C., Gaspar, M. F., Santos, M. J. S., Azevedo, A. F., & Canavarro, M. C. (2013). Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica*, 31(1), 31-48.
- Instituto da Segurança Social (2015). CASA 2014 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. Retirado de: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13274434/Relatorio_CASA_2014/1d1ba55c-a987-43c9-8282-e84d31620125
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2016). *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective* (3ª ed.). United States of America: Sage Publications.
- Jones, S. M., Bouffard, S. M., & Weissbourd, R. (2013). Educators' social and emotional skills vital to learning. *Phi Delta Kappan*, 94(8), 62-65.
- Juhel, J.C. (2010). La psychomotricité au service de la personne âgée. Canada: L'Université Laval.
- Kamila, A. P. F., Maciel, R. A., Mello, L. d. A., & Souza, R. A. A. R. (2010). A estimulação psicomotora na aprendizagem infantil. *Revista Científica FAEMA*, 1(1), 30-40.
- Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo: Lei n.º 142/2015. Diário da República, 1.ª série — N.º 175 — 8 de setembro de 2015, 7198 - 7232
- Lei Tutelar Educativa: Lei n.º 4/2015. Diário da República, 1.ª série — N.º 10 — 15 de janeiro de 2015, 396 - 436.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., & Del Prette, A. (2016). Habilidades Sociais e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano: análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 181-193.
- Lemos, M. S., & Meneses, H. (2002). A avaliação da competência social: Versão Portuguesa da forma para professores da SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 267-274.
- Lizano, A. A., & Pereira, M. C. (2015). El juego como estrategia metodológica en el desarrollo de habilidades sociales para el liderazgo en la niñez. *Ensayos Pedagógicos*, 10(2), 85-107.
- Luvizaro, N. A., & Galheigo, S. M. (2011). Considerações sobre o cotidiano e o habitar de

- crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional em abrigo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(2), 191-199.
- Machado, M. S., Scott, J. B., & Siqueira, A. C. (2016). Crianças institucionalizadas e suas famílias de origem: as imagens sociais e seus reflexos na garantia de direitos. *Revista Brasileira de Iniciação Científica*, 3(6), 91 - 111.
- Madrona, P. G., Marín, E. C. G., & López, P. D. M. (2013). Incremento de las habilidades sociales a través de la expresión corporal: la experiencia en clases de iniciación al baile. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 83-88.
- Maldonado, C., Ortiz, A. B., Ramírez, I., & Saavedra, R. (2014). *Programa psicomotricidad global para la reducción de la agresividad y mejora de las habilidades sociales, afectivas y conductuales: centro kantuta sucre 2009*. Paper presented at the Ciencias Sociales TI. Handbook.
- Mari, F. R., Alves, G. G., Aerts, D. R. G., & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 35-44.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (1ªed., 29-40). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Marzol, R. M., Bonafé, L., & Yunes, M. A. M. (2012). As perspectivas de crianças e adolescentes em situação de acolhimento sobre os cuidadores protetores. *Psico*, 43(3), 317-324.
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development*, 85(1), 6-20.
- Matos, M., & Tomé, G. (2012). Aventura social: Promoção de competências e do capital social para o empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade: Estado da arte (Vol. 1). Lisboa: Placebo Editora.
- Matos, M. G. d., Nahama, V., Petit, F., & Sacchi, D. (2010). Social skills in children and adolescents: evaluation and intervention issues in school and clinical contexts. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*.(2), 106-116.
- Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J. M. (2010). Pour une légitimité du travail en géronto-psychomotricité—l'Examen Géronto Psychomoteur. *Entretiens de Psychomotricité*, 1, 1-4.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.M. (2011). Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Aplication. Paris: Hogrefe.
- Montañés, M. C. M., & Kist, R. B. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos contextos (Porto Alegre)*, 10(1), 179-192.
- Moraes, E. N. (2012). Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais (1ªedição). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Retirado de <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de alzheimer. *A psicomotricidade*, 10, 24-33.

- Moreira, M. I. C. (2014). Os impasses entre acolhimento institucional e o direito à convivência familiar. *Revista Psicologia & Sociedade*, 26(spe 2), 28-37.
- Nalasco, L. F., & Martins, D. L. d. S. S. (2007). Reflexões do uso da arte como recurso terapêutico ocupacional. *Revista do Hospital Universitário / UFMA*, 8(1), 25-27.
- Nicoll, W. G. (2014). Developing Transformative Schools: A Resilience-Focused Paradigm for Education. *The International Journal of Emotional Education*. 6(1), 47-65.
- Núñez, J. G., & González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade em Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (221-240). FMH.
- Oliveira, D. A., Pinto, N. d. S., & Cordeiro, L. d. S. (2015). Psicomotricidade na Senescência. *REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, 1(2), 281-286.
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación médica*, 15(2), 77-78.
- Organização das Nações Unidas. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Retirado de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(1), 55-61.
- Panther-Brick, C. (2014). Health, risk, and resilience: Interdisciplinary concepts and applications. *Annual Review of Anthropology*, 43, 431-448.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 507-518.
- Pimentel, F., Antão, J., & Ramos, A. (2015). Avaliação de um programa de promoção da saúde mental com crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 21(2), 218-234.
- Pimentel, G. S. (2015). A importância de a Educação Física trabalhar com a psicomotricidade no ensino infantil. *Lecturas: Educación física y deportes*(204), 1-6.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de psicologia*, 25(3), 405-416.
- Portes, J. R. M., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., More, C. L. O. O., & Lima da Motta, C. C. (2013). A criança com síndrome de Down: na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com destaque aos fatores de risco e de proteção. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 446-464.
- Quiles, M. J. & Espada, J. P. (2014). A autoestima na infância e na adolescência. Lisboa: Bookout, Lda.
- Ramirez, D. C., & Cruz, R. M. (2009). Conflito escolar: Vulnerabilidade e desenvolvimento de habilidades sociais. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*(2), 79-95.

- Rangel, M., & Sousa, C. S. (2014). Resiliência, saúde e educação. Uma revisão de literatura das publicações periódicas brasileiras de 2009-2013. *Omnia*, 1, 39-44.
- Ribeiro, O. & Paúl. C. (2011). *Manual de envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel, edições técnicas, lda.
- Ribeiro, M. C. C., & Oliveira, E. S. (2016). Motivação no Setor Público. Elemento fundamental para a qualidade da Administração Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna/RJ. *Revista Transformar*, 8(8), 264-282.
- Rodrigues, A. L., Gava, L. L., Sarriera, J. C., & Dell'Aglío, D. D. (2014). Percepção de preconceito e autoestima entre adolescentes em contexto familiar e em situação de acolhimento institucional. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 389-407.
- Rodrigues, M. C., Dias, J. P., & Freitas, M. (2010). Resolução de problemas interpessoais: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em estudo*, 15(4), 831-839.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24(02), 335-344.
- Santos, C. (2005). Psicomotricidade e o idoso. Monografia para a conclusão do Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em Psicomotricidade, Rio de Janeiro.
- Santos, F. d. S., & Júnior, J. L. (2014). O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. *Revista de Psicologia*, 8(24), 34-55.
- Santos, S. L., Soares, M. J. G. O., Ravagni, E., Costa, M. M. L., & Fernandes, M. d. G. M. (2014). Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 617 - 622.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*, 10(2), 209-216.
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629.
- Silva, T. A., & Cavalcante, L. I. C. (2015). Habilidades Sociais e Características Pessoais em Escolares de Belém. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 850-858.
- Sousa, C. S., & Guerreiro, A. (2014). Resiliência educacional e construção do conhecimento. *Educação (UFES)*, 39(3), 567-576.
- Strolin-Goltzman, J., Kollar, S., & Trinkle, J. (2010). Listening to the voices of children in foster care: Youths speak out about child welfare workforce turnover and selection. *Social Work*, 55(1), 47-53.
- Universidade Federal do Maranhão [UFMA] e Universidade Aberta do SUS [UNASUS] (2013). Saúde da Pessoa Idosa. São Luís: UFMA/UNASUS
- Venâncio, P. E. M., Mendes, K. d. R., Castilho, L. C., & Tolentino, G. P. (2016). Influência da atividade física nos componentes psicomotores em idosos. *Cinergis*, 17(1), 32-38.

Zanon, C. B. F. M., Alves, V. P., & Cardenas, C. J. (2011). Como vai a Educação Gerontológica nas Escolas Públicas do Distrito Federal? Um estudo com idosos e jovens. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 555-566.

ANEXOS

Anexo A: Plano de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Casa da Fonte"

PSICOMOTRICIDADE NA CASA DA FONTE			Grupo 1	Sessão Nº 16
Data: 2 de Março de 2016	Hora: 16h30	Duração: 60'	Contexto/Local: Sala das Gavetas	Psicomotricista Diana Pereira

Material necessário: círculos coloridos, grelha, som e coluna, caneta de tinta, folhas brancas.

HORA/ DURAÇÃO	MOMENTO DA SESSÃO/ ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
16h30	Diálogo Inicial <i>O que vamos fazer?</i>	A técnica dá as boas vindas às crianças e após estarem todos sentados, falam sobre o que aconteceu durante a semana e sobre as atividades da sessão anterior. Por fim, faz uma breve descrição das atividades desta sessão.	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar a sessão; - Apresentar a estrutura da sessão; - Comunicação interpessoal; - Partilha de vivências; - Memória; 	Instrução verbal Feedback verbal
10'				
16h40	Atividade 1 <i>Campo Minado</i>	Dividir o grupo em equipas de 2 ou 3 elementos. No chão deve estar desenhada uma grelha que representa o campo minado, e as técnicas possuem o mapa numa folha com a sinalização das bombas. Cada criança tenta atravessar o campo sem pisar a bomba, pedindo auxílio ao elemento fora da grelha. Caso pisem saem do jogo e passa à equipa seguinte.	<ul style="list-style-type: none"> - Dizer “não” respeitando os outros; - Compreender e respeitar uma resposta negativa; - Orientar controladamente o corpo em situações de deslocamentos (equilíbrio dinâmico); - Memorizar sequências visuais de estruturas espaciais simples (Estruturação espacial) 	Instrução verbal Feedback verbal
30'				
17h10	Atividade 2 <i>Tintas a soprar</i>	Ao som da música, as crianças utilizam livremente as canetas de tinta de soprar. No final falam do que sentiram e explicam o que desenharam.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer e experimentar diferentes formas de expressar sentimentos; 	Instrução verbal Feedback verbal
10'				
17h20	Diálogo Final	A técnica e as crianças dialogam acerca da sessão, nomeadamente os aspetos que gostaram mais ou menos, e refletem acerca dos assuntos abordados. As crianças fazem a auto avaliação do seu comportamento. Efetuam o abraço de grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher feedback da sessão; - Expressar sentimentos e opiniões; - Refletir acerca dos comportamentos e atitudes; - Promover a comunicação verbal e organização do discurso oral; - Terminar a sessão; 	Feedback verbal
10'				

Observações:

Anexo B: Plano de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Escola"

ESCOLA EB1 DE CASELAS

PSICOMOTRICIDADE NA ESCOLA			<i>Grupo 1</i>	Sessão Nº 8
Data: 18 de Janeiro de 2015	Hora: 10h15	Duração: 45'	Contexto/Local: Ginásio	Psicomotricista Diana Pereira

Material necessário: folhas coloridas, marcadores, lápis de cor, colchões.

HORA/ DURAÇÃO	MOMENTO DA SESSÃO/ ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
10h15	Diálogo Inicial	A técnica dá as boas vindas às crianças e após estarem todos sentados, falam sobre o que aconteceu durante a semana e sobre as atividades da sessão anterior. Em seguida, explica-se o que vai acontecer na sessão.	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar a sessão; - Apresentar estrutura da sessão; - Comunicação interpessoal; - Estimular a memória; 	Instrução verbal Feedback verbal
5'				
10h20	Atividade 1 <i>Tito e o Zeca</i>	Grupo dividido em pares. A técnica apresenta uma pequena situação de conflito entre dois amigos. Em equipa devem representar a situação em três momentos (3 desenhos) sendo que o último deve apresentar uma solução para o conflito. Dramatizar e debater com o grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber a importância de existirem regras e de estas serem cumpridas; - Perceber a importância de perdoar os outros pelos seus erros; - Admitir os seus erros e pedir desculpa; - Iniciar e terminar tarefas; 	Instrução verbal Feedback verbal
20'				
10h40	Atividade 2 <i>Marinheiros</i>	A técnica espalha colchões afastados uns dos outros e solicita às crianças que ocupem em pares cada um deles. Depois descreve uma situação e incita o grupo a imaginar-se na mesma e a comportar-se em função das alterações introduzidas progressivamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o controlo respiratório; - Estimular a descontração muscular; - Trabalhar com os outros; - Melhorar a contenção de comportamentos de instabilidade motora; 	Instrução verbal Feedback verbal
10'				
10h50	Diálogo Final	A técnica e as crianças dialogam acerca da sessão, nomeadamente os aspetos que gostaram mais ou menos, e refletem acerca dos assuntos abordados na mesma. As crianças fazem a auto avaliação do seu comportamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher feedback da sessão; - Refletir acerca de comportamentos e atitudes; - Expressar sentimentos e opiniões; - Promover a comunicação verbal e organização do discurso oral; - Terminar a sessão; 	Feedback verbal;
10'				

Observações:

Anexo C: Plano de Sessão [Tipo] "Gerontopsicomotricidade"

GERONTOPSIOMOTRICIDADE			Sessão Nº 7
Data: 1/12/2015	Hora: 11h - 12h	Local: Centro de Dia de Caselas	Psicomotricista Diana Pereira

Material necessário: Computador, balões, arcos e bolas.

HORA DURAÇÃO	MOMENTO DA SESSÃO/ ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
11h00	Diálogo Inicial	Grupo sentado em círculo. A técnica cumprimenta o grupo e solicita aos clientes que relembrem as atividades feitas na semana anterior. De seguida, são introduzidas questões para a orientação temporal e espacial no diálogo com o grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar sessão; - Motivação para a sessão; - Orientação no espaço e no tempo; 	Instrução verbal
10'				
11h10	Atividade 1: <i>Mexer o corpo</i>	A técnica explica e realiza um conjunto de movimentos simples que serão replicados pelos clientes: exercícios respiratórios, círculos com os braços, rotação e elevação dos ombros, movimentos com a cabeça, levantar os joelhos, levantar os calcanhares, rodar o tronco, movimentos laterais e verticais com os braços, flexões laterais, esticar as costas e movimentos com os dedos das mãos. Conjuntar movimentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização articular dos membros superiores e inferiores; - Movimentos de pinça (preensão manual); - Consciencialização corporal; - Coordenação de movimentos; 	Instrução verbal Feedback verbal Demonstração
10'				
11h20	Atividade 2: <i>Lançamento ao arco</i>	Divide-se o grupo em 4 equipas. Colocam-se quatro arcos no chão com diferentes pontuações, de 1 a 4. Cada cliente recebe uma bola e um de cada vez, lança ao arco. Soma-se a pontuação dos elementos de cada equipa. Vence a equipa com maior pontuação.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização articular e equilíbrio nos deslocamentos; - Relacionamento entre os pares; - Comunicação interpessoal; - Atenção e concentração; 	Instrução verbal Feedback verbal
20'				
11h40	Atividade 3: <i>"O Balão"</i>	Todos sentados em círculo enchem um balão. De seguida e ao som da música, inspiram e expiram enquanto movimentam um balão com as mãos.	<ul style="list-style-type: none"> - Descontração muscular; - Controlo respiratório. 	Instrução verbal
10'				
11h50	Diálogo Final	A técnica e os clientes dialogam sobre a sessão, nomeadamente o que acharam da mesma e a importância das dinâmicas realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher feedback do grupo; - Comunicação interpessoal; - Partilha de vivências pessoais; - Término da sessão; 	Feedback verbal
10'				

Observações:

Psicomotricidade na Casa da Fonte

Relatório de Sessão nº4

Data: 20 de Novembro de 2015

Grupo 1: ID, DE, CA e FA.

A presente sessão sofreu uma alteração, e foi realizada no dia 20 de Novembro, ao invés do planeado 18 de Novembro. A sessão ocorreu conforme o planeado e foram dinamizadas as atividades estipuladas para a mesma. No início da sessão, os elementos do grupo estavam bastante animados e motivados, estando o FA e o ID muito agitados e comunicativos devido a uma brincadeira prévia à sessão.

ATIVIDADE 1: Aquando da explicação da atividade, todos ficaram muito entusiasmados para começar. A CA sugeriu a elaboração de um esboço com todas as ideias antes de começaram a realizar o brasão do grupo. Todos concordaram e estiveram alguns minutos a debater ideias de uma forma bastante adequada, ouvindo-se uns aos outros, respeitando as opiniões e tentando organizá-las, destacando-se o comportamento da CA como mediadora neste processo. O DE tende a assumir um comportamento bastante passivo, não exprimindo as suas preferências nem opiniões, concordando com tudo o que lhe é dito e nas situações que lhe perguntam diretamente a sua posição, de imediato pergunta aos outros, sobretudo ao ID a sua opinião. Na elaboração do brasão, tiveram alguma dificuldade em dividir tarefas, aspeto mediado pela técnica, sendo que com discussão verbal, chegaram a algumas soluções. Na realização propriamente dita, o FA na relação com os outros é algumas autoritário tentando impor a sua vontade. No entanto, quando os colegas indicavam opiniões contrárias, reagia bem ouvindo o que os colegas tinham a dizer. O ID revelou baixa tolerância à frustração quando os colegas não conseguiam fazer da forma exata como ele pretendia, aspeto que levou a uma conversa acerca das aptidões de cada um e do facto de o mais importante ser tentarmos sempre, melhorando aos poucos com a prática. O DE demonstrou uma enorme insegurança e falta de confiança nas suas decisões e aptidões o que o leva a participar muito pouco nas atividades, aspeto que ele tem consciência, mas tende a culpabilizar os outros por isso.

Na análise comportamental, o DE fez uma avaliação desajustada do seu comportamento no sentido em que ainda não consegue perceber que uma atitude menos positiva não implica uma avaliação totalmente negativa. Neste momento, os restantes colegas tentaram apontar no DE diversos aspetos positivos do comportamento do mesmo.

Em suma a sessão foi bem-sucedida, tendo sido mediadas algumas situações de atrito nas quais as crianças tiveram de através da discussão verbal achar a melhor solução para cada situação.

OUTRAS OBSERVAÇÕES/INFORMAÇÕES

O responsável pela capa da psicomotricidade falhou na sua tarefa bem como os restantes colegas na realização da tarefa atribuída na sessão anterior. Reflexão sobre a situação e importância dos compromissos e responsabilidades.

Psicomotricista Diana Pereira
2015/2016

Anexo E: Relatório de Sessão [Tipo] "Psicomotricidade na Escola"

Psicomotricidade na Escola _ EB1 Bairro do Restelo

Relatório de Sessão nº4

Data: 11 de Dezembro de 2015

Grupo 1: DB, LF, AD, DF, LS e AG.

A sessão foi bem sucedida, ocorreu conforme o planeado e foi dinamizada a atividade prevista com a participação de seis dos elementos do grupo. No início da sessão, o grupo estava extremamente animado e motivado para iniciar as atividades. No diálogo inicial falaram um pouco sobre a semana e lembraram a atividade da sessão anterior, com uma participação ativa de todos os elementos do grupo. De um modo geral, foram atingidos os objetivos propostos e o comportamento do grupo foi adequado ao contexto e às tarefas apresentadas, não havendo comportamentos desajustados ou disruptivos a salientar.

ATIVIDADE 1: O AG manteve um comportamento adequado, respondeu a todas as questões solicitadas mas teve algumas dificuldades em indicar características pessoais. Esteve bastante atento e motivado e bastante preocupado com o perfeccionismo do desenho, apesar de revelar poucos detalhes anatómicos no desenho do corpo humano. O DB conseguiu falar dos seus sentimentos e indicou facilmente diversas características e gostos pessoais. No entanto, ao longo da tarefa esteve um pouco irrequieto o que prejudicou o seu nível de atenção. Teve alguns momentos de brincadeira com o LF, afastando-se do propósito da tarefa mas quando chamado à atenção ajustou de imediato o seu comportamento. O LF esteve muito agitado em toda a sessão com comportamentos infantis e imaturos no momento de falar sobre si. Esteve constantemente a fugir da tarefa para meter-se com os colegas e em algumas situações não respeitou a figura de autoridade nem as indicações e regras estabelecidas. O AF, de um modo geral, conseguiu ajustar o seu comportamento à tarefa tendo alguns momentos de distração e dispersão no ginásio. No entanto, com um apoio mais direto consegue controlar a sua agitação e impulsividade. O LS e o DF mantiveram um comportamento adequado, conseguiram indicar e refletir sobre os seus sentimentos e características pessoais e foram bastante expressivos na representação dos seus gostos pessoais.

O feedback da sessão foi positivo e a reflexão comportamental foi adequada com o que aconteceu na mesma com exceção do LF que não conseguiu assumir os seus comportamentos. Reflexão final sobre a importância do cumprimento das regras e do interesse nas tarefas apresentadas.

OUTRAS OBSERVAÇÕES/INFORMAÇÕES

Psicomotricista Diana Pereira
2015/2016

Relatório de Sessão Nº4

Centro de Dia da Cruz Vermelha de Caselas

Data: 10 de Novembro de 2015

Psicomotricista Diana Pereira

Presenças: D. Grr; D. Fr; D. Em; D. Ml; D.Mls; D. Mar; D. Ar; D. Can; D. Con; D. Md; D. Mc; .Fe;

A sessão correu conforme o que foi planeado, estando o grupo muito animado e com predisposição para iniciar a sessão. Nesta sessão optou-se pela realização da mesma no refeitório de forma a promover o deslocamento de todos, pelo que aquando da indicação do local, a maioria prontamente levantou-se e dirigiu-se ao local. A salientar a resistência por parte da D. Con que mencionou estar muito cansada porque não conseguiu dormir, querendo ficar a dormir na sala e da D. Can que demonstra um estado emocional muito depressivo e desanimado. Ainda assim, após uma conversa com a técnica e com imenso reforço acabaram por se juntar ao grupo.

Na realização das tarefas, o grupo esteve bastante animado e participativo, com inúmeras risadas e comunicação constante entre os elementos do grupo. De uma forma geral, não são de referir, comportamentos desviantes ou desadequados tendo todos os elementos participado adequadamente de acordo com as suas características físicas e cognitivas.

ATIVIDADE 1: Foram cumpridos os objetivos estabelecidos, tendo todos os elementos executado os movimentos solicitados, de acordo com as suas capacidades físicas e tendo compreendido a importância desses no seu quotidiano. A D. Mar necessita de um acompanhamento muito personalizado e direto em cada atividade, o que pressupõe alguém que a auxilie na realização das atividades, aspeto efetuado nesta sessão por uma voluntária do Centro de Dia. Outro caso a assinalar é o da D. Ar e a D. Con, que por serem invisuais requerem a adaptação da maioria das atividades. No entanto, a D. Ar está sempre predisposta a participar nas tarefas, sendo a própria a propor-se para a realização das mesmas, o que demonstra a não-aceitação da sua limitação. No decorrer da atividade, a técnica auxiliou algumas pessoas, nomeadamente a D. Con, Sr. J, D. Ar e a D. Fe a realizar alguns movimentos, que não estavam a ser corretamente efetuados, tendo no caso do Sr. J. sido realizadas algumas mobilizações pela técnica devido à grande limitação nos membros inferiores.

ATIVIDADE 2: A atividade decorreu de uma forma muito animada, sendo claro que a existência de música é um fator de motivação para o grupo. A salientar algumas dificuldades na D. Gr e D. Ml na passagem da bola, devido à limitação existente num dos membros superiores, o que foi prontamente ultrapassado por ambas, sem qualquer auxílio, tendo utilizado a cara como forma de apoio para segurar a bola. A D. Mar verifica imensas dificuldades na compreensão das instruções para as tarefas mas com apoio direto, conseguiu transportar a bola em alguns momentos. A D. Em e D. Md tiveram imensas dificuldades no momento em que estiveram de pé no centro da roda, precisando de muito apoio por parte da técnica. Neste atividade, claramente o ponto de maior animação foi aquando da sugestão para todos se levantarem para dançar um pouco, o

que foi realizado pelo grupo apesar das dificuldades de alguns dos elementos. Neste momento verifica-se um elevado nível de motivação e entreajuda duns elementos para os outros.

No final da sessão, o grupo mostrou-se bastante agradado com as atividades realizadas, pelo que se notava uma melhoria no estado de humor de muitos elementos, que se dirigiram para a sala de convívio ainda a falar acerca do que tinham estado a fazer.

OUTRAS OBSERVAÇÕES/INFORMAÇÕES

Falou-se acerca da atividade planeada para o dia de S. Martinho, e verificou-se o entusiasmo de algumas pessoas em participar e um certo descontentamento de outros que pelas limitações físicas não conseguem realizar o percurso até à Escola de Caselas para participarem no magusto com as crianças, apesar de terem interesse.

Psicomotricista Diana Pereira
2015/2016

Anexo G: Relatório de Sessão [Tipo] "Afetos na Escola"



PROJETO AFETOS NA ESCOLA

RELATÓRIO Nº13

Data: 10 de Março de 2016

2ºAno Turma B

EB1 Bairro do Restelo

A sessão de *Afetos na Escola* pretendia a revisão da temática dos sentimentos abordada ao longo de diversas semanas. Assim, cada criança recebeu um ficha acerca do tema, que se encontrava dividida em duas atividades diferentes.

Na primeira, as crianças tinham de identificar o sentimento mediante a apresentação de uma expressão facial e na segunda completar as frases apresentadas com o sentimento mais adequado das oito opções apresentadas, e.g. "Quando tenho um pesadelo, sinto-me...". Ao longo da resolução da ficha, surgiram algumas dúvidas esclarecidas prontamente, tendo a atividade decorrido de forma tranquila e ajustada.

Mediante a finalização da atividade, as crianças fizeram um desenho livre, enquanto as restantes terminavam a tarefa.

No final, procedeu-se a correção da ficha de atividade, tendo as crianças participado ordenadamente e de forma entusiasmada.

A sessão correu de forma bastante tranquila e adequada, pelo que no que respeita ao comportamento da turma, no geral foi adequado ao contexto e às tarefas apresentadas, não havendo comportamentos desadequados ou disruptivos a salientar, tendo todos obtido uma marca verde na análise do comportamento.

No final da sessão, dois alunos recolheram os dossiês individuais, arrumando-os no local correspondente.

OUTRAS OBSERVAÇÕES/INFORMAÇÕES

Psicomotricista Diana Pereira
2015/2016

Anexo H: Relatório de Observação [Tipo] "Psicomotricidade na Escola"

RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO

- **Psicomotricidade na Escola - EB1 de Caselas**

Data: 9 de Novembro de 2015	Grupo 2: RC1, MU, BM, RC, AF e NC.	Sessão nº1	Psicomotricista Diana Pereira
------------------------------------	---	-------------------	--------------------------------------

Criança	Atividade	Participação	Motivação	Atenção	Autonomia	Observação Comportamental
RC1	At. 1	MB	MB	S	MB	Criança animada, opinativa e participativa. Tende a ser o centro das atenções nem sempre pelo desempenho mais adequado. Demonstra ser bastante inteligente e com imenso potencial para aprender, mas os comportamentos impulsivos e a agitação motora pode estar a influenciar negativamente esta capacidade. Interrompe os colegas em diversas situações. Compreende claramente as regras e as consequências dos seus comportamentos (positivos e negativos), mas tende a testar os limites constantemente. A registar algumas picardias com a MU. Algumas dificuldades em ouvir e aceitar opiniões dos colegas e na manutenção da atenção na realização de um tarefa.
	At. 2	MB	MB	MB	MB	
	Geral	MB	MB	B	MB	
MU	At. 1	B	B	B	MB	Criança bastante infantil e imatura. Dificuldades em manter a atenção no decorrer das atividades e alguma agitação motora. A registar algumas picardias e verbalizações com o RC1.
	At. 2	MB	MB	MB	B	
	Geral	B	B	B	B	
BM	At. 1	MB	MB	MB	MB	Criança inteligente, postura e vocabulário maduro e diversificado. No geral, demonstra comportamentos ajustados às atividades, demonstrando animação e boa disposição na realização das tarefas. Na relação com os pares demonstra muitas vezes impaciência com atitudes mais infantis ou com algumas dificuldades dos colegas o que pode promover alguma desmotivação e dificuldades nos relacionamentos com os mesmos.
	At. 2	MB	MB	MB	MB	
	Geral	MB	MB	MB	MB	
RC	At. 1	MB	MB	MB	MB	No geral, demonstra um comportamento adequado ao contexto e às atividades e revela animação e boa disposição na realização das tarefas. Por vezes, apresenta um comportamento passivo, e tende a seguir as opiniões do BM e RC1. No decorrer das atividades tem diversos momentos de distração momentânea mas realiza as tarefas de forma consistente.
	At. 2	MB	MB	MB	MB	
	Geral	MB	MB	MB	MB	

NR	At. 1	S	S	MB	MB	Criança afetuosa e carinhosa mas um pouco introvertida e tímida. No que respeita às competências de comunicação, a nível recetivo, ouve com atenção o que os outros dizem mas verificam-se algumas dificuldades na expressão de pensamentos ou sentimentos (vivências pessoais). Procurou proximidade e algum contato físico com a técnica.
	At. 2	B	B	MB	MB	
	Geral	B	B	MB	MB	
AF	At. 1	B	B	B	B	Criança bastante inibida e com tendência a isolar-se do grupo. Pouco comunicativo, com falta de iniciativa e de afirmação pessoal perante o grupo. Baixa tolerância à frustração e em situações de pressão dos pares ou em reação a provocações tende a ficar agressivo.
	At. 2	B	B	B	B	
	Geral	B	B	B	B	

Legenda: Muito Fraca (MF); Fraca (F); Satisfatório (S); Bom (B); Muito Bom (MB)

Outras Observações: O grupo é composto por 6 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos de idade. A sessão serviu para a apresentação formal da técnica ao grupo e vice-versa, para a apresentação da intervenção, nomeadamente a duração do projeto de intervenção, a frequência e estrutura das sessões. No que respeita ao grupo, trata-se de um grupo divertido, animado e motivado com a realização das tarefas que demonstra uma postura muito respeitadora para com a técnica (figura de autoridade). A sessão decorreu conforme o planeado e as atividades estipuladas foram todas realizadas. Relativamente à relação entre os elementos do grupo, são de referir algumas picardias e verbalizações negativas entre alguns elementos que através da mediação da técnica foram rapidamente corrigidas.

Anexo I: Relatório de Avaliação Inicial [Tipo] "Intervenção Individual"



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOMOTORA

Identificação da Criança

Nome: MA

Idade: 9 anos

Data da Avaliação: 18 e 25 de Janeiro de 2016

Motivo da Avaliação: O MA vem referenciado por uma educadora, por apresentar características de imaturidade psicomotora, imaturidade no desenvolvimento motor, cognitivo e ligeiras dificuldades na interação com os pares.

Instrumentos de avaliação:

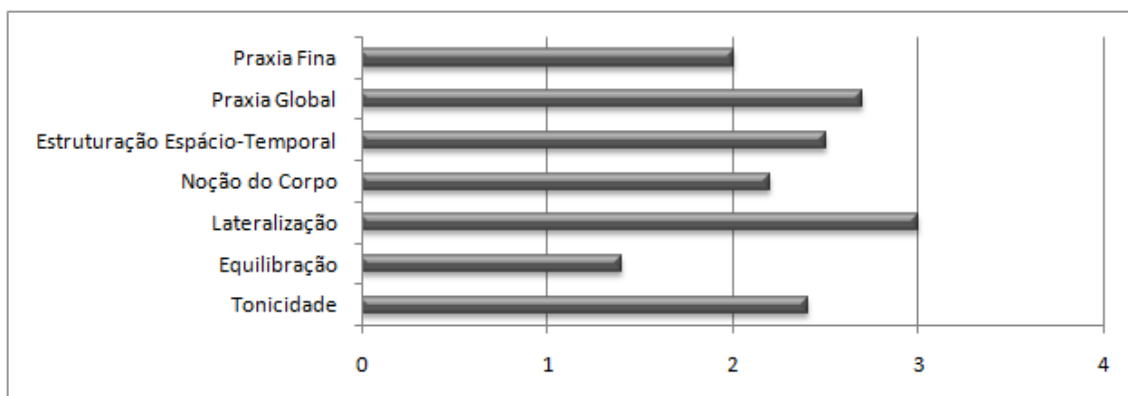
A avaliação teve por base a **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca** que pretende avaliar o perfil de desenvolvimento psicomotor, identificando o grau de maturidade psicomotora e possíveis sinais desviantes, identificando-se potencialidades e dificuldades da criança. Foi também utilizado o **Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)** (Fleithich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) que pretende avaliar o ajustamento psicológico, social, emocional e comportamental mediante 5 escalas.

RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES

Comportamento geral nas avaliações: O MA mostrou-se muito disponível para a realização das atividades mas ao longo da avaliação, o seu grau de atenção não foi constante, e manifestou diversas desatenções, alguma agitação e impulsividade.

BATERIA PSICOMOTORA

O MA obteve uma cotação final de 16 pontos que equivale a um **Perfil Psicomotor Normal** (14-21 pontos), o que indica um nível geral de realização adequado e controlado. No entanto, denotam-se diversos fatores nos quais existe alguma imaturidade e imprecisões de carácter psicomotor. Apresenta-se, de seguida, o gráfico relativo ao perfil psicomotor.



Segue-se uma descrição qualitativa do desempenho de cada fator individualmente.

Na **Tonicidade**, verifica-se um perfil dispráxico (2 pontos), o que indica algumas dificuldades de controlo na realização das tarefas nomeadamente na descontração voluntária e na autorrelaxação dos membros bem como na execução de movimentos coordenados e simultâneos.

Na **Equilibração** surge um perfil apráxico (1 ponto) que indica uma realização inadequada e descoordenada, com dificuldades acentuadas. Apresenta dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico, com diversas oscilações multidirecionais, reequilíbrios constantes e desvios frequentes. Nas tarefas que exigem os olhos fechados, verificam-se alguns movimentos faciais associados às execuções motoras.

Relativamente à **Lateralização**, apresenta um perfil eupráxico (3 pontos), pois apesar de manifestar um perfil discrepante entre os telerreceptores (visão e audição) e proprioefectores (mão e pé), não revela confusões nem hesitações. Assim apresenta um perfil DEED, na lateralização ocular, auditiva, manual e pedal, respetivamente.

Ao nível da **Noção do Corpo**, surgiram algumas dificuldades na identificação tátil de determinadas partes do corpo e na integração propriocetiva dos membros e extremidades distais, ou seja em reconhecer a localização espacial do corpo, a sua posição e orientação de movimentos nessa direção de forma precisa e direcional. Além disso, verificam-se problemas na integração sensorial (visual) de informações e consequente reprodução motora. Mediante as dificuldades apresentadas, obtêm-se um perfil dispráxico (2 pontos).

Na **Estruturação Espaço-Temporal**, obtém-se um perfil eupráxico (3 pontos), verificando-se uma organização espacial adequada, uma boa capacidade de análise

visual, memória a curto prazo e sequencialização visuoespacial e a elaboração de representações topográficas de forma organizada e coerente. No entanto, revelou imensas dificuldades na estruturação rítmica, ou seja, na integração sensorial (auditiva) e na memorização com consequente reprodução motora.

Na **Praxia Global**, surge um perfil eupráxico (3 pontos), com uma boa capacidade de dissociação de segmentos corporais nas execuções motoras mas algumas dificuldades na coordenação óculo-manual e óculo-pedal,

Na **Praxia Fina**, verificaram-se algumas dificuldades na coordenação de movimentos finos e perícia manual, surgindo um perfil dispráxico (2 pontos).

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES

Este instrumento foi preenchido pelo MA e por uma educadora da Casa da Fonte. A versão dos professores não foi utilizada devido ao seu recente ingresso na presente escola. Mediante isto, obteve-se o seguinte resultado:

	EDUCADORA	CRIANÇA
ESCALA EMOCIONAL	4	7
ESCALA PROBLEMAS COMPORTAMENTO	4	3
ESCALA HIPERATIVIDADE	3	2
ESCALA PROBLEMAS RELACIONAMENTO COM OS PARES	4	5
ESCALA COMPORTAMENTO PRÓ-SOCIAL	5	10
TOTAL DE DIFICULDADES	15	17

De acordo com a educadora, as principais áreas de intervenção recaem nos problemas de comportamento, interação com os pares e comportamento pró-social. Da apreciação do próprio, estas centram-se nos problemas emocionais, de comportamento e interação com os outros

Na **Escala Emocional**, o MA indica ser frequente queixar-se de dores de cabeça, barriga ou vômitos e que tem muitas preocupações no seu quotidiano. Aponta dificuldades em lidar com situações novas, ficando receoso e inseguro e indica que por vezes tem alguns medos e assusta-se com alguma facilidade.

Na **Escala Comportamental**, as dificuldades apontadas são similares e concordantes nas duas análises. Assim, é indicado que em algumas situações enerva-se com facilidade fazendo birras e que, por vezes, mente ou engana os outros. Também é referido que demonstra alguns comportamentos agressivos, lutando com os outros, ameaçando-os ou intimidando-os.

Na **Escala de Relacionamento com os Pares**, a educadora aponta que, por vezes, o MA brinca sozinho, isolando-se ligeiramente e que em algumas situações os outros metem-se com ele, ameaçando-o ou intimidando-o. Por sua vez, o MA aponta que os outros metem-se com ele, ameaçando-o ou intimidando-o diversas vezes. Refere ainda, ter uma relação mais positiva e agradável com os adultos do que com as crianças.

SÍNTESE DA AVALIAÇÃO

Mediante a avaliação psicomotora do MA, verificam-se dificuldades na *regulação tónica* dos movimentos, nomeadamente na descontração voluntária e relaxação passiva. É possível identificar dificuldades no *equilíbrio estático e dinâmico*, a que se associam problemas vestibulares e propriocetivos que, conseqüentemente, afetam os estados de vigila, alerta e atenção. Além disso, verificam-se dificuldades ao nível do *conhecimento integrado do corpo e problemas práticos em movimentos globais e finos*. Surgem ainda dificuldades ao nível da *integração sensorial* (visual e auditiva), verificando-se problemas na captação, análise e elaboração de movimentos (reprodução motora). Além disso, denotam-se dificuldades no estabelecimento de *relações interpessoais* saudáveis e adequadas com os pares, na *gestão de conflitos* de forma assertiva e na *resistência à frustração*.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com base nos resultados obtidos, aconselha-se o acompanhamento do MA em sessões de intervenção psicomotora, de forma a promover e potenciar a melhoria das dificuldades específicas sinalizadas na avaliação. Desta forma, a intervenção psicomotora terá um enfoque relacional, com o objetivo primordial de colmatar as dificuldades ao nível das competências sociais e emocionais, bem como a insegurança motora na realização das suas ações motoras.

Os objetivos terapêuticos inserem-se nas áreas do desenvolvimento a melhorar partindo da ação espontânea da criança e de atividades previamente estruturadas. Pretende-se

que obtenha com a intervenção psicomotora melhorias ao nível da/o:

- regulação tónica nos movimento (esforço despendido);
- equilíbrio estático e dinâmico;
- consciência e esquema corporal do seu corpo;
- integração sensorial de informações;
- planeamento motor e coordenação de movimentos;
- perícia manual (praxia fina);
- capacidade de atenção;
- consciencialização e expressão das emoções;
- autoconfiança e autoestima;
- expressão verbal de ideias e opiniões de forma assertiva;
- relacionamento interpessoal;
- resolução de problemas e resistência à frustração.

Relativamente às estratégias de intervenção, estas relacionam-se com a utilização de técnicas nas quais o corpo surge como instrumento base na consciencialização e descoberta de sensações e percepções, através de uma mediação corporal e expressiva. Desta forma, a intervenção inclui metodologias como técnicas de relaxação e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades motoras adaptadas, reeducação gestual e postural. As estratégias passam pela promoção de situações lúdicas, criativas e dinâmicas que vão ao encontro dos interesses e necessidades da criança, a estruturação de regras e comportamentos adequados, a mediatização na resolução de problemas (descoberta guiada) bem como o reforço positivo e a demonstração.

Ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Dr^a Diana Pereira

Contacto de e-mail: dianapereira_19@hotmail.com
(Psicomotricista Estagiária, pela FMH)

Anexo J: Relatório de Avaliação Inicial [Tipo] "Gerontopsicomotricidade"



GERONTOPSICOMOTRICIDADE

Relatório de avaliação psicomotora

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

NOME: Ar **AVALIADOR:** Diana Pereira (Psicomotricista)
DATA DE NASCIMENTO: 18/11/1933 **IDADE:** 82 anos
DATA DE AVALIAÇÃO: 28/10/2015

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

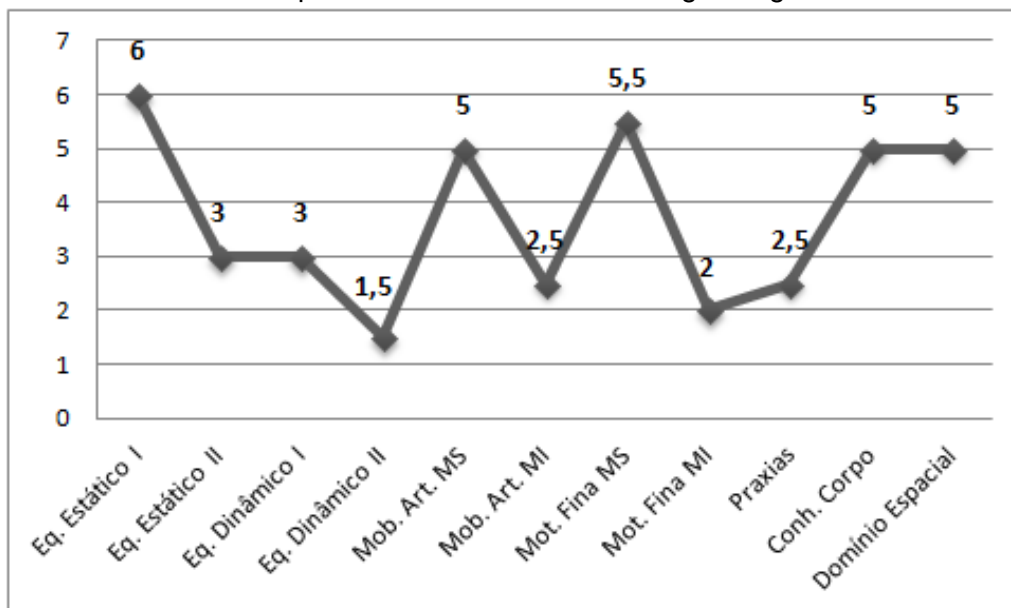
A avaliação teve por base o Exame Geronto-Psicomotor (2011) cujo objetivo específico é a avaliação de competências psicomotoras, permitindo o estabelecimento de um perfil psicomotor que permita delinear o projeto de intervenção. A avaliação focou determinadas áreas específicas pelo que o instrumento não foi aplicado na totalidade.

AVALIAÇÃO SUMÁRIA

Durante o período de avaliação e observação psicomotora a cliente revelou-se equilibrada, contida e calma. Da aplicação da EGP podem sinalizar-se como áreas a estimular o equilíbrio, a motricidade fina dos membros inferiores e as praxias. Como recurso podem ser utilizadas as seguintes áreas fortes: mobilizações articulares, motricidade fina dos membros superiores, conhecimento das partes do corpo e o domínio espacial.

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

Os resultados obtidos podem ser consultados no seguinte gráfico:



AVALIAÇÃO QUALITATIVA

As principais observações realizadas em cada item do instrumento, bem como as consequentes propostas de intervenção individual podem consultar-se na seguinte tabela:

<i>Lista de Itens</i>	<i>Observações</i>	<i>Proposta de Intervenção</i>
<i>Equilíbrio Estático I</i>	Manutenção da posição de forma adequada.	Manutenção da capacidade.
<i>Equilíbrio Estático II</i>	Execução adequada da posição estática em apoio unipedal e na ponta dos dois pés com recurso a apoio. Não consegue manter o equilíbrio na ponta de um pé.	Estimular a agilidade da articulação dos tornozelos. Estimular o equilíbrio estático.
<i>Equilíbrio Dinâmico I</i>	Marcha adequada com apoio de uma pessoa.	Treino de marcha.
<i>Equilíbrio Dinâmico II</i>	Passadas curtas e velocidade ligeiramente acelerada. Incapacidade de executar a corrida.	Treino de marcha.
<i>Mobilização Articular dos MS</i>	Boa capacidade de descontração muscular ao nível dos MS, com ligeiras resistências. Boa capacidade de mobilização ativa nos MS.	Estimular para a manutenção da capacidade.
<i>Mobilização Articular dos MI</i>	Boa capacidade de descontração muscular ao nível dos MI, com ligeiras resistências. Revela pouca amplitude de movimento nos MI, sobretudo ao nível da anca e do tornozelo. Menciona dificuldades em vestir.	Estimular a mobilidade e agilidade das articulações dos MI. Estimular a descontração muscular. Treino de reforço muscular.
<i>Motricidade Fina MS</i>	Apesar dos tremores ao nível das mãos, realizou as tarefas de forma adequada.	Estimular para a manutenção da capacidade.
<i>Motricidade Fina MI</i>	Dificuldades na colocação e posicionamento dos pés.	Estimular a motricidade fina dos MI.
<i>Praxias</i>	Utilização dos talheres com preensão adequada e executa a pantomima adequadamente. Mediante a incapacidade visual, dificuldades ao nível da escrita e cópia de figuras.	Estimular a percepção tátil e reprodução gráfica.
<i>Conhecimento das partes do Corpo</i>	Conhecimento das partes do corpo preservado com execução adequada das tarefas propostas. Na imitação das posições revelou algumas dificuldades.	Consciencialização corporal através de mobilizações e identificação dos membros.
<i>Domínio Espacial</i>	Revela consciência da localização geográfica e das noções de orientação. Dificuldades na divisão das linhas em partes iguais.	Treino de organização espacial.

OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA INICIAL

A cliente demonstrou uma capacidade de persistência e motivação muito elevada, com agrado pelas atividades apresentadas. Demonstrou-se sempre muito vigilante, com uma boa capacidade de compreensão e execução das instruções dadas, com uma boa capacidade de resposta ao proposto e com uma ótima capacidade de manutenção da atenção. Relativamente ao domínio temporal, identifica corretamente os dias da semana, datas e sequência de eventos. Apresenta uma linguagem coerente e adequada, com uma boa capacidade de expressão de opiniões e sentimentos.



Ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Dr^a Diana Pereira

Contacto de e-mail: dianapereira_19@hotmail.com

(Mestranda em Reabilitação Psicomotora, pela FMH)

Anexo K: Relatório de Avaliação Final [Tipo] "Psicomotricidade na Escola"



RELATÓRIO FINAL DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA **PROJETO INTERVIR: "Psicomotricidade na escola"**

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

NOME: MC

ESTABELECIMENTO DE ENSINO: EB1 Moinhos

DATA: 21/06/2016

DATA DE NASCIMENTO: 23/08/2008

IDADE: 7 anos

ENQUADRAMENTO DA INTERVENÇÃO:

As sessões de psicomotricidade iniciaram em novembro de 2015 tendo o MC participado em 18 das 20 sessões em grupo dinamizadas. Os objetivos da intervenção centraram-se, na promoção de competências sociais e emocionais, mediante a estimulação do autoconceito, autoestima, autoeficácia, de responsabilidades e de comportamentos morais. No desenvolvimento do comportamento social adequado, através de uma comunicação verbal e não-verbal proativa e assertiva, do estudo de regras sociais em contextos específicos, do reconhecimento de barreiras atitudinais e da regulação comportamental, pela compreensão da importância da resolução dos conflitos de forma ajustada e da utilização de estratégias para lidar com a frustração. E ainda, na estimulação do desenvolvimento psicomotor global e funções executivas, nomeadamente as capacidades de memória (memória de trabalho e memória a longo prazo) e atenção (seletiva e sustentada).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:

A avaliação teve por base o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) e a Escala de Competências Sociais K-6 (SSRS-K6) que se complementam na avaliação do ajustamento psicológico, social, emocional, comportamental e da competência académica.

AValiação Quantitativa:

Os instrumentos de avaliação revelam que o MC teve uma melhoria nas áreas que se seguem: problemas de relacionamento com os pares, comportamentos pró-sociais, hiperatividade, problemas de comportamento e sintomas emocionais em relação ao início

da intervenção. Destes, apenas os problemas de comportamento se encontram em níveis de risco elevado, enquanto os sintomas emocionais, a hiperatividade e os problemas de relacionamento com os pares são domínios que se consideram em risco moderado. E por último, com nível normativo os comportamentos pró-sociais.

OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA FINAL:

A evolução observada no MC foi muito positiva, uma vez que, inicialmente revelava uma agitação constante, que o levava a interromper e sair do lugar frequentemente, a dispersar e perder o rumo da tarefa ou atividade, dificultando o relacionamento com os colegas do grupo de intervenção. Por outro lado, foi sempre prestável, simpático, respeitador, interessado, motivado e curioso.

Com o decorrer da intervenção, o seu comportamento foi-se tornando mais adequado e funcional em grupo, aumentando os tempos de espera, e melhorando o seu discurso, sendo cada vez mais pertinente no momento de intervir oralmente. Na interação com os colegas, desenvolveu uma relação de maior proximidade e empatia com os mesmos, sendo cada vez mais cooperante e preocupado. Em situações de conflito, desenvolveu a capacidade de lidar com as adversidades, recorrendo aos adultos sempre que necessário. Contudo denota-se ainda alguma imaturidade no MC, tendo em conta alguns comportamentos.

De um modo geral revela um grande potencial que necessita ainda de ser estimulado para atingir a maturidade emocional e o equilíbrio que necessita no processo de maximização do seu rendimento nas várias vertentes do seu desenvolvimento socioemocional, assim recomenda-se que, no próximo ano letivo de 2016/2017, participe no projeto “Psicomotricidade na Escola” de modo a consolidar as aquisições apreendidas até ao momento e poder impulsionar o seu potencial global.

Ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Dr^a Marília Braga

Contacto de e-mail: mariliarpbraga@gmail.com

(Mestre em Reabilitação Psicomotora)

Dr^a Diana Pereira

Contacto de e-mail: dianapereira_19@hotmail.com

(Mestranda em Reabilitação Psicomotora, pela FMH)





RELATÓRIO FINAL DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

Psicomotricidade na Casa da Fonte

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

NOME: DF

Data de Nascimento: 14.05.2003

DATA: 3 Agosto de 2016

Idade: 13 anos

ENQUADRAMENTO DA INTERVENÇÃO:

As sessões de psicomotricidade iniciaram no dia 28 de Outubro de 2015 tendo a DF participado em 15 sessões em grupo. Os objetivos da intervenção centraram-se na promoção da consciência pessoal e social, mediante a estimulação do autoconceito e autoestima, da autoeficácia e na reflexão acerca da empatia, responsabilidades e comportamentos morais. No desenvolvimento do comportamento social adequado, através de uma comunicação verbal e não-verbal proativa e assertiva, na reflexão de regras sociais em contextos específicos e no reconhecimento de barreiras atitudinais. E ainda, a promoção da assertividade e regulação comportamental, através da compreensão da importância de defender-se a si próprio, da resolução de conflitos de forma assertiva e da utilização de estratégias para lidar com a frustração. Além disso, a promoção de relações interpessoais saudáveis e ajustadas, com maior capacidade para estar em grupo e trabalhar em equipa. Por fim, a estimulação do desenvolvimento psicomotor global e de funções executivas, nomeadamente a capacidade de memória (memória de trabalho e memória a longo prazo) e de atenção (seletiva e sustentada).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:

A avaliação teve por base o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) que avalia o ajustamento psicológico, social, emocional e comportamental e divide-se em 5 escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com os Pares e Comportamento Pró-Social. Este instrumento foi preenchido pela criança, por um educador da Casa da Fonte e pela professora. Foi também utilizado, o *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (versão adaptada à população portuguesa por Helena Martins, 2002) que tem como objetivo conhecer os fatores internos e externos associados à resiliência. Desta forma, foi preenchido pelo próprio.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA:

No âmbito do preenchimento dos SDQ, foi apontado que a DF manifesta algumas queixas somáticas, preocupações, medos, e, por vezes, anda triste, desanimada ou chorosa. Além disso, em situações novas tende a manifestar receios e inseguranças.

Também foram apontadas ligeiras dificuldades no controlo da impulsividade e agitação motora e na manutenção da atenção. No preenchimento pela própria, reforçam-se algumas das dificuldades apresentadas, indicando diversas preocupações e inseguranças e algumas queixas somáticas.

No que respeita ao HKRAM, a DF aponta algumas dificuldades em trabalhar com pessoas cujas opiniões sejam diferentes das suas e algumas dúvidas em relação a aspirações futuras, nomeadamente a capacidade para terminar a escola secundária.

OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA FINAL:

Ao longo do processo de intervenção, a DF esteve sempre participativa, cooperante e interessada nas dinâmicas da sessão e na relação com os colegas e com a técnica. De uma forma geral, o seu comportamento foi adequado ao contexto e às atividades apresentadas.

Na observação inicial realizada pela técnica, a DF apresentou-se extrovertida, motivada e com uma persistência constante na realização das tarefas. No entanto, revelou baixa autoconfiança e alguma insegurança nas suas capacidades o que se reflete em momentos de maior instabilidade e ansiedade. No que respeita à comunicação, apresenta um discurso adequado mas evita falar de si e dos seus sentimentos, fugindo desses momentos com respostas curtas e diretas.

No início da intervenção, o seu comportamento foi, por vezes, passivo na relação com os colegas do grupo, tendo dificuldades em afirmar-se perante os outros e defender as suas ideias e opiniões, optando por ceder na maioria das vezes. Revelou ainda algumas dificuldades na interpretação de instruções e compreensão de tarefas lógico-dedutivas mantendo, no entanto, um elevado nível de persistência.

Com o decorrer das sessões, a proximidade e relação com o grupo evoluiu, conseguindo, discutir mais assertivamente dando a sua visão sobre determinadas situações ou jogos, tornando-se mais proativa e empática. Revelou ainda melhorias ao nível da capacidade de cooperação e entreajuda, aceitando de forma mais tolerante diferentes opiniões bem como comentários dos colegas e das suas brincadeiras.

Em suma, o processo de intervenção foi benéfico uma vez que promoveu competências socioemocionais, nomeadamente ao nível da autoconfiança, da comunicação verbal e proatividade, importantes para maximizar o seu potencial individual de desenvolvimento e a sua adaptação ao meio escolar e social.

Ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Dr^a Diana Pereira

Contacto de e-mail: dianapereira_19@hotmail.com

(Mestranda em Reabilitação Psicomotora, pela FMH)

Anexo M: Anamnese [Tipo] "Psicomotricidade na Casa da Fonte"

DADOS ANAMNÉSICOS DO ID

Responsável pelo preenchimento: Diana Pereira **Data:** 26 de Outubro de 2015

1. Dados de Identificação

<i>Nome:</i>	ID
<i>Nacionalidade:</i>	Portuguesa
<i>Data de Nascimento:</i>	25 de Maio de 2008
<i>Data de Admissão:</i>	Fevereiro de 2015

2. Dados relevantes do desenvolvimento

<i>Desenvolvimento Psicomotor:</i>	Desenvolvimento superior para a sua faixa etária, ou seja, aparenta uma idade superior à sua idade cronológica. Criança com boas competências psicomotoras.
<i>Desenvolvimento da Comunicação:</i>	
<i>Desenvolvimento da Autonomia Pessoal:</i>	Bastante autónomo na sua higiene diária e execução da maioria dos trabalhos de rotina, precisando de incentivo e /ou supervisão. Mostra preocupação com a sua aparência e é capaz de fazer recados. Cumpre na generalidade as regras de boa educação
<i>Desenvolvimento Emocional e Social:</i>	Grande fragilidade emocional, baixa autoestima e insegurança em si próprio, tal como dificuldades em afirmar-se perante os outros. Mostra também baixa tolerância à frustração em determinadas situações não gostando da contrariedade

3. Percurso Escolar

<i>Designação da escola / duração da frequência</i>	Atualmente encontra-se na Escola EB1 Gomes de Freire de Andrade em Oeiras
<i>Nível de escolaridade</i>	2ºano
<i>Resultado / Encaminhamento</i>	Encontra-se a repetir o 2ºano mas tem mostrado grande entusiasmo e motivação pela escola, realizando os trabalhos da escola com agrado.

4. Síntese do Caso

O ID veio da Guiné aos 5 anos de idade. Foi abandonado pela mãe à cerca de 3 anos, deixando-o aos cuidados do pai, um senhor com uma idade bastante avançada.

O ID foi acolhido na Casa da Fonte devido a um situação de maus tratos físicos infligidos pelos cuidadores da altura e vizinhos sem relação familiar com a criança uma vez que o pai, principal cuidador se encontrava internado por motivos de saúde grave.

Observação Informal do ID

O ID demonstrou ser uma criança bem disposta e animada, ficando um pouco reticente na primeira sessão de psicomotricidade, acerca do porquê da sua participação neste tipo de intervenção bem como do que iria ser feito nesse contexto. No entanto, após a explicação da técnica e do contacto mais próximo nessa sessão, o nível de motivação e entusiasmo mudou completamente, estando sempre disponível e interessado em participar. A partir desse momento, o seu contacto com a psicomotricista tornou-se muito mais frequente, inclusive nos momentos não destinados à psicomotricidade, demonstrando ser uma criança afetuosa e carinhosa, procurando alguma atenção.

No que respeita aos níveis de atenção e concentração, estes dependem essencialmente das tarefas, quando são do seu interesse mantém um nível consistente durante bastante tempo, no entanto denota-se um tempo muito mais curto aquando de tarefas que não suscitam tanto o seu interesse. No entanto, desanima muito rapidamente desistindo das tarefas quando estas implicam algum comprometimento ou não as consegue realizar numa primeira tentativa, revelando baixos níveis de resistência à frustração. No entanto com reforço constante tende a voltar às tarefas. Geralmente dirige o olhar para a fonte de informação durante as instruções, sendo que, apesar disso, por vezes parece não estar a ouvir o que lhe é dito.

No que respeita às competências de comunicação, a nível recetivo, ouve o que os outros dizem mas verificam-se dificuldades na expressão de opiniões e vivências pessoais. Denota alguma carência emocional e dificuldades na análise das suas capacidades, revelando baixa autoestima e confiança em si mesmo.

Nas sessões de psicomotricidade colabora muito facilmente e no contexto da Casa da Fonte tende a colaborar com os colegas, manifestando alguma dificuldade na capacidade de iniciativa e em afirmar-se perante grupo, defendendo as suas convicções e opiniões.

Duma forma geral, revela um comportamento bastante adequado ao contexto e nas tarefas que lhe são propostas, não se verificando grandes conflitos com os pares e adultos, no seguimento de um comportamento maioritariamente passivo nas suas interações. No entanto demonstra-se disponível para a novidade e um elevado gosto pela aprendizagem. Desta forma, perspetiva-se um trabalho ao nível dos recursos internos, nomeadamente do autoconhecimento e autoestima de modo a ajudar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que lhe permitam uma socialização mais segura e positiva.